

## SINISTRO 3200069490 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA DINA BATISTA DOS SANTOS**

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

**BENEFICIÁRIO DINA BATISTA DOS SANTOS**

**CPF/CNPJ:** 14119471268

**Posição em 21-05-2020 09:46:38**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|-------------|
| 21/05/2020        | R\$ 843,75           | R\$ 61,16        | R\$ 904,91  |

| Histórico das correspondências enviadas |                                    |           |
|-----------------------------------------|------------------------------------|-----------|
| Data da Carta                           | Referência                         | Ver Carta |
| 13/02/2020                              | ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT |           |





**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE Ocorrência**

Nº: 004129/2020

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 28/01/2020 16:34 Data/Hora Fim: 28/01/2020 16:44  
Delegado de Polícia: Francilene Lima Hoffmann de Vargas

**DADOS DA Ocorrência**

Afeto: 5º Distrito Policial  
Data/Hora do Fato: 11/03/2019

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)  
Bairro: Raiar do Sol  
Logradouro: RUA ARCO IRIS

Tipo do Local: Outro

| Natureza                                | Meio(s) Empregado(s) |
|-----------------------------------------|----------------------|
| 1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO | Não Houve            |

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: DINA BATISTA DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 04/03/1950 Idade: 69 anos  
Naturalidade: TO - Goiás Profissão: Aposentado  
Estado Civil: Viúvo(a)  
Nome da Mãe: Perpetua Rodrigues dos Santos Nome do Pai: Manoel Batista Soares

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 141.194.712-68

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA ARCO IRIS Nº: 671  
Bairro: Raiar do Sol  
Telefone: (95) 99176-6409 (Celular) (95) 99144-6684 (Celular)

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

|                                |                                           |
|--------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Grupo Veículo</b>           | <b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta      |
| <b>Placa</b> KAM7593           | <b>Número do Chassi</b> FINAL 7809        |
| <b>Cor</b> AMARELA             | <b>Marca/Modelo</b> HONDA CBX 250 TWISTER |
| <b>Veículo Adulterado?</b> Não | <b>Quantidade</b> 1 Unidade               |
| <b>Situação</b> Envolvido      |                                           |

| Nome Envolvido          | Envolvimentos |
|-------------------------|---------------|
| Dina Batista dos Santos | Possuidor     |

**RELATO/HISTÓRICO**

QUE na data e horário encimado trafegava na garupa da motocicleta em questão na rua Arco Iris e ao se deparar com um veículo fazendo uma manobra arriscada, o piloto da moto (seu neto) teve de freiar bruscamente a moto, derrubando a vítima e esta lesionou o ombro direito; QUE por meses aguardou cirurgia no HGR, mas não teve sucesso; QUE recentemente foi procurada por uma pessoa dizendo trabalhar com DPVAT e foi aconselhada ao registro deste BO. É o relato.

Delegado de Polícia Civil: Francilene Lima Hoffmann de Vargas  
Impresso por: Adelson Araujo Viana Junior  
Data de Impressão: 28/01/2020 16:44  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



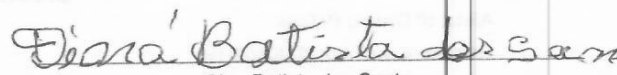
**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE Ocorrência**

Nº: 004129/2020

**ASSINATURAS**

  
**Adelson Araujo Viana Junior**  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000909  
Responsável pelo Atendimento

  
**Dina Batista dos Santos**  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Delegado de Polícia Civil: Francilene Lima Hoffmann de Vargas  
Impresso por: Adelson Araujo Viana Junior  
Data de Impressão: 28/01/2020 16:44  
Protocolo nº: Não disponível



Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 004129/2020

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 28/01/2020 16:34 Data/Hora Fim: 28/01/2020 16:44  
Delegado de Polícia: Francilene Lima Hoffmann de Vargas

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: 5º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 11/03/2019

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)  
Bairro: Raiar do Sol  
Logradouro: RUA ARCO IRIS

Tipo do Local: Outro

| Natureza                                | Meio(s) Empregado(s) |
|-----------------------------------------|----------------------|
| 1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO | Não Houve            |

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: DINA BATISTA DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 04/03/1950 Idade: 69 anos  
Naturalidade: TO - Goiás Profissão: Aposentado  
Estado Civil: Viúvo(a)  
Nome da Mãe: Perpetua Rodrigues dos Santos Nome do Pai: Manoel Batista Soares

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 141.194.712-68

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA ARCO IRIS Nº: 671  
Bairro: Raiar do Sol  
Telefone: (95) 99176-6409 (Celular) (95) 99144-6684 (Celular)

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

|                                |                                           |
|--------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Grupo</b> Veículo           | <b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta      |
| <b>Placa</b> KAM7593           | <b>Número do Chassi</b> FINAL 7809        |
| <b>Cor</b> AMARELA             | <b>Marca/Modelo</b> HONDA CBX 250 TWISTER |
| <b>Veículo Adulterado?</b> Não | <b>Quantidade</b> 1 Unidade               |
| <b>Situação</b> Envolvido      |                                           |

| Nome Envolvido          | Envolvimentos |
|-------------------------|---------------|
| Dina Batista dos Santos | Possuidor     |

**RELATO/HISTÓRICO**

QUE na data e horário encimado trafegava na garupa da motocicleta em questão na rua Arco Iris e ao se deparar com um veículo fazendo uma manobra arriscada, o piloto da moto (seu neto) teve de freiar bruscamente a moto, derrubando a vítima e esta lesionou o ombro direito; QUE por meses aguardou cirurgia no HGR, mas não teve sucesso; QUE recentemente foi procurada por uma pessoa dizendo trabalhar com DPVAT e foi aconselhada ao registro deste BO. É o relato.



Delegado de Polícia Civil: Francilene Lima Hoffmann de Vargas  
Impresso por: Adelson Araujo Viana Junior  
Data de Impressão: 28/01/2020 16:44  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

11/03/2019

...: Guia de Atendimento 17 ...



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação/Reclassificação

Reclassificação

|               |
|---------------|
| ( ) Vermelho  |
| ( ) Laranja   |
| ( ) Amarelo   |
| ( ) Verde     |
| ( ) Azul Ass. |

### Reclassificação

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass:

Reclassificação

Reclassificação

|     |          |
|-----|----------|
| ( ) | Vermelho |
| ( ) | Laranja  |
| ( ) | Amarelo  |
| ( ) | Verde    |
| ( ) | Azul     |

1901082769 11/03/2019 09:27:34

## FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 13

|                                                       |  |           |  |                            |  |              |       |                 |     |                 |     |              |            |  |
|-------------------------------------------------------|--|-----------|--|----------------------------|--|--------------|-------|-----------------|-----|-----------------|-----|--------------|------------|--|
| Paciente                                              |  |           |  | Data Nascimento            |  |              | Idade |                 | CNS |                 | CPF |              | Prontuário |  |
| DINA BATISTA DOS SANTOS                               |  |           |  | 04/03/1950                 |  | 69 A 0 M 7 D |       | 705201443631373 |     | 14119471268     |     | 00064325     |            |  |
| Tipo Doc                                              |  | Documento |  | Órgão Emissor Data Emissão |  | Sexo         |       | Estado Civil    |     | Raça/Cor        |     | Naturalidade |            |  |
| IDENTIDADE                                            |  | 381462    |  | SSP/PA                     |  | F            |       | NAO             |     | PARDA           |     | GOIAS - GO   |            |  |
| Mãe                                                   |  |           |  | INFORMADO                  |  |              |       |                 |     |                 |     |              |            |  |
| PERPETUA RODRIGUES DOS SANTOS                         |  |           |  |                            |  |              |       |                 |     | Contato         |     |              |            |  |
| Endereço                                              |  |           |  | MANOEL BATSTA SOARES       |  |              |       |                 |     | (95) 99126-2252 |     |              |            |  |
| RUA - ARCO-IRIS - 671 - RAIAR DO SOL - BOA VISTA - RR |  |           |  |                            |  |              |       |                 |     |                 |     | Ocupação     |            |  |
|                                                       |  |           |  |                            |  |              |       |                 |     |                 |     | ARROZENTADO  |            |  |

|                       |                              |                        |             |             |                 |
|-----------------------|------------------------------|------------------------|-------------|-------------|-----------------|
| Class. de Risco       | Plano Convênio               | Nº da Carteira         | Validade    | Autorização | Sis Prenatal    |
| Motivo do Atendimento | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE |                        |             |             |                 |
| ACIDENTE DE MOTO      | Caráter do Atendimento       | Profissional do Atend. | Procedência | Temp.       | Peso            |
| Setor                 | URGÊNCIA                     |                        |             |             | Pressão         |
| GRANDE TRAUMA         | Tipo de Chegada              | Procedimento Sol.      |             |             |                 |
|                       | DEMANDA ESPONTANEA           |                        |             |             | Registrado por: |

Queixa Principal ☒ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

### Anamnese de Enfermagem

|                           |                  |    |
|---------------------------|------------------|----|
| GSC                       | • • TOTAL        | 15 |
| AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 | MRV: 1 2 3 4 5 6 |    |

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Pet. Virmia de queda de mato. Pequena  
 de copacete. Queixa-se de calor e limitação de movimento.

## Exame Físico

A: N. celata uncialis, var. halizonado, UAP. B: eumetia,  
Toroa hoo dianthelidada, unu + balat. C = is rang. lativo,  
normitensa. D: purilar, irocorcas + poloweganti

### Hipótese Diagnóstica

Fracture?

## SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X    ☐ ULTRA-SOM    ☐ TC    ☐ SANGUE    ☐ URINA    ☐ ECG    ☐ OUTROS:

## PRESCRIÇÃO

**APRAZAMENTO**

OBSERVAÇÃO

## Conduta

☐ Alta por Decisão Médica  
☐ Alta a Pedido  
☐ Alta a Revelia  
☐ Transferência para:

( ) Ambulatório  
( ) Observação (Até 24h)  
( ) Internação

Data e Hora da Saída/Alta:      /      /      :      :

**óbito**

Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não Destino: ( ) Família

( ) IMI Anatomia Patológica / /

Assinatura do Paciente ou Responsável

**Carimbo e Assinatura do Médico**

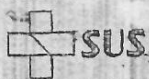
Impresso por: francilene.silva  
Data Hora: 11/03/2019 09:28:00

© 2018  
BOTECH - Soluções em Tecnologia  
104 - Inovações em Saúde

190108276

# BLOCO D

alta 18.03.19



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS DE INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 TERCIÁRIO

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE E ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE E ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS

( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

114-1 NIR - Enfs Daliame de

| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                  |                                                                                                                                                                                                            | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |  | HGR        |         |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--|------------|---------|
| GOVERNO DE RORAIMA<br>Hospital Geral de Roraima |                                                                                                                                                                                                            |                                      |  |            |         |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                               |                                                                                                                                                                                                            |                                      |  |            |         |
| DATA DE ADMISSÃO                                |                                                                                                                                                                                                            | DIH                                  |  | DN         |         |
| PACIENTE                                        |                                                                                                                                                                                                            | Liliâne Raquel de Melo Cerveira      |  | 11/11/2020 |         |
| DIAGNÓSTICO                                     |                                                                                                                                                                                                            | fratura humero proximal              |  |            |         |
| ALERGIAS                                        |                                                                                                                                                                                                            | HAS                                  |  | NEGA       |         |
| IDADE                                           |                                                                                                                                                                                                            | LEITO                                |  | DATA       |         |
| ITEM                                            |                                                                                                                                                                                                            | PRESCRIÇÃO                           |  |            | HORÁRIO |
| 1                                               | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                           |                                      |  |            |         |
| 2                                               | AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia                                                                                                                                                                                   |                                      |  |            |         |
| 3                                               | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                                                                                                                                                                      |                                      |  |            |         |
| 4                                               | TILATIL 20mg 12/12hs                                                                                                                                                                                       |                                      |  |            |         |
| 5                                               | DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N                                                                                                                                                                                    |                                      |  |            |         |
| 6                                               | TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA                                                                                                                                   |                                      |  |            |         |
| 7                                               | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                                                                                                                                                                                 |                                      |  |            |         |
| 8                                               | RANITIDINA 50MG EV 8/8HS                                                                                                                                                                                   |                                      |  |            |         |
| 9                                               | SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)                                                                                                                                                                |                                      |  |            |         |
| 10                                              | SSV + CCGG 6/6 H                                                                                                                                                                                           |                                      |  |            |         |
| 12                                              | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG                                                                                                                                                        |                                      |  |            |         |
| 14                                              | CURATIVO DIÁRIO                                                                                                                                                                                            |                                      |  |            |         |
| 15                                              | Dipirona 2g EV agora                                                                                                                                                                                       |                                      |  |            |         |
| 16                                              |                                                                                                                                                                                                            |                                      |  |            |         |
| 17                                              |                                                                                                                                                                                                            |                                      |  |            |         |
| 18                                              |                                                                                                                                                                                                            |                                      |  |            |         |
| 19                                              |                                                                                                                                                                                                            |                                      |  |            |         |
| 20                                              | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                      |  |            |         |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

K: 16  
PA - 191 x 108 mmHg  
FC - 99 bpm

Regulado para leito  
Regulação Interna

114-1 NIR

| SINAIS VITAIS | T      | FC |          |    |
|---------------|--------|----|----------|----|
| 6 H           | 3      | 70 | 105 x 62 | 70 |
| 12 H          |        |    |          |    |
| 13 H          | 35.7°C | 56 | 150/81   |    |
| 24 H          | 35.8°C | 65 | 130 x 78 |    |

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06h pet no leito feito medicações cpm ssus realizado sem queixas segue aos cuidados da enf. téc. palete

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                |                                                        |            |              |      |                 |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------|--------------|------|-----------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA           |                                                        |            |              |      |                 |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA     |                                                        |            |              |      |                 |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                        |                                                        |            |              |      |                 |
| DATA DE ADMISSÃO                         |                                                        | DIH        |              | DN   |                 |
| PACIENTE <i>Divan Batista dos Santos</i> |                                                        |            |              |      |                 |
| AGNÓSTICO <i>FX de punho direito</i>     |                                                        |            |              |      |                 |
| ALERGIAS                                 |                                                        | HAS        | NEGA         | DM2  | NEGA            |
| IDADE                                    |                                                        | LEITO      | <i>114-1</i> | DATA | <i>12/03/19</i> |
| ITEM                                     |                                                        | PRESCRIÇÃO |              |      | HORÁRIO         |
| 1                                        | DIETA ORAL LIVRE                                       |            |              |      |                 |
| 2                                        | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                               |            |              |      |                 |
| 3                                        | SF 0,9% 500ML EV S/N                                   |            |              |      |                 |
| 4                                        | DIPIRONA 500MG EV 6/6H                                 |            |              |      |                 |
| 5                                        | TILATIL 20MG EV 12/12H                                 |            |              |      |                 |
| 6                                        | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENS. |            |              |      |                 |
| 7                                        | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITE  |            |              |      |                 |
| 8                                        | RANITIDINA 50MG EV 8/8H                                |            |              |      |                 |
| 9                                        | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                        |            |              |      |                 |
| 10                                       | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                  |            |              |      |                 |
| 11                                       | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                  |            |              |      |                 |
| 12                                       | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H                             |            |              |      |                 |
| 13                                       | GENTAMICINA 240MG EV 1X DIA                            |            |              |      |                 |
| 14                                       | AMICACINA 1G EV 1X DIA                                 |            |              |      |                 |
| 15                                       | CLEXANE 40MG SC 1X/DIA                                 |            |              |      |                 |
| 16                                       | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG    |            |              |      |                 |
| 17                                       | SSV + CCGG 6/6 H                                       |            |              |      |                 |
| 18                                       | CURATIVO DIÁRIO                                        |            |              |      |                 |
| 19                                       | <i>Alter Medica</i>                                    |            |              |      |                 |
| 20                                       |                                                        |            |              |      |                 |
| 21                                       |                                                        |            |              |      |                 |

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:  
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70  
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**  
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# SOLICITADO:  
# CONDUTA: MANTIDA  
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
# PREVISÃO DE ALTA:

| SINAIS VITAIS |    |    |    |
|---------------|----|----|----|
| 6 H           | PA | FC | FR |
| 12 H          |    |    |    |
| 18 H          |    |    |    |
| 24 H          |    |    |    |

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
CRM-RR 2028  
Residente de Ortopedia e Traumatologia

*12/03/19 Paciente em bom estado geral sem queixas, sem dor, com punho direito imobilizado, reflexos presentes, com boa perfusão distal e pulsos cheios*



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU – SUS  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS**

PACIENTE Dina Lúcia dos Santos, 69 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 11/03/17, COM  
DIAGNÓSTICO DE Fx de Unho direito

NO DIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE \_\_\_\_\_ SENDO \_\_\_\_\_

OPERADO PELO DR. \_\_\_\_\_ E DR. \_\_\_\_\_

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 12/03/19, ÀS 0.00, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 10 / 04 / 19, ÀS 14:00, COM O  
DR. Mary

### ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR

**Dr. Pedro de S. Fausto**  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2028

BOA VISTA, 14 07 77

**MÉDICO**



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS**

PACIENTE Divan Batista dos Santos 69 ANOS  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 11/03/19, COM  
DIAGNÓSTICO DE Fx de punho direito

NO DIA 11/03/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
SENDO

OPERADO PELO DR. \_\_\_\_\_ E DR. \_\_\_\_\_

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 12/03/19 ÀS 9:00, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 10/04/19 ÀS 19:00, COM O  
DR. Mary

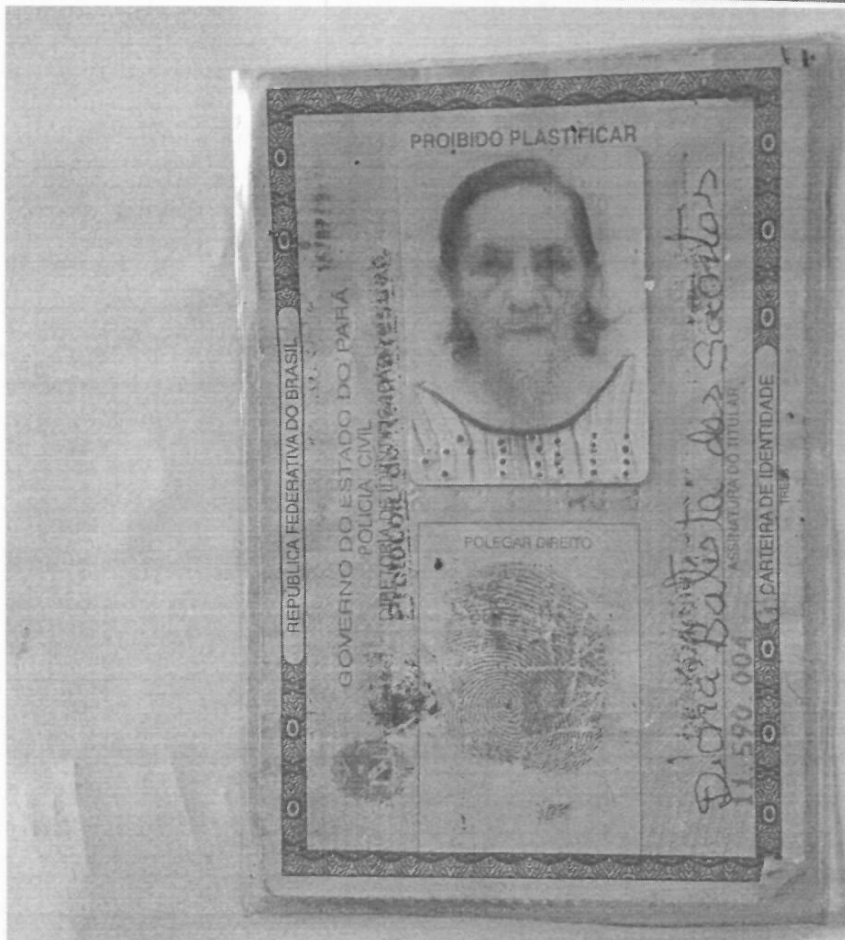
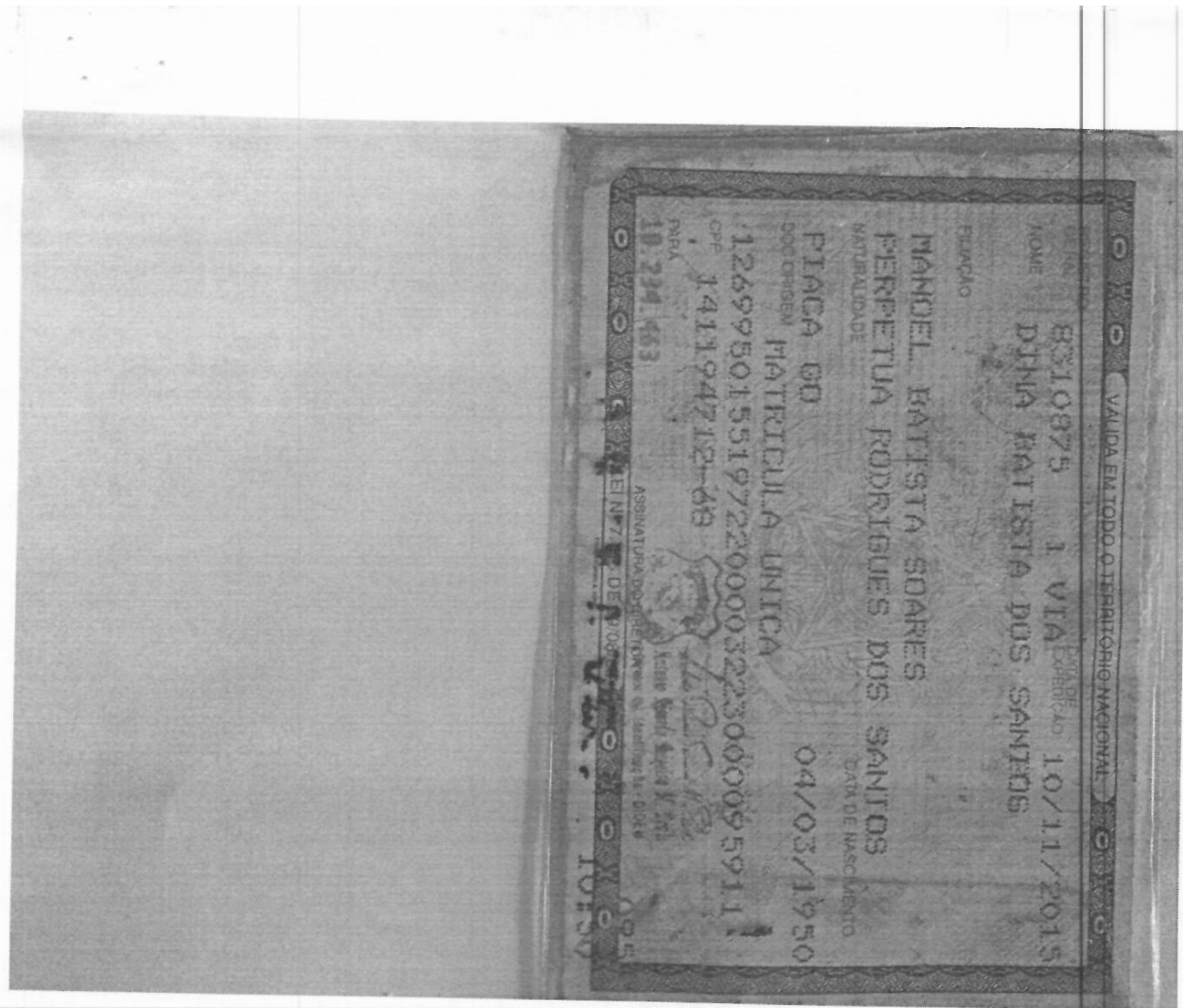
**ORIENTAÇÕES GERAIS :**

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR \_\_\_\_\_

Dr. Pedro de S. Fausto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2028

BOA VISTA, 12/03/19



| CONTRAN                                  |                       | DENATRAN        |           |
|------------------------------------------|-----------------------|-----------------|-----------|
| DETTRAN - RR                             |                       | Nº 013746649900 |           |
| CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO       |                       |                 |           |
| 01                                       | 00341597689           | 120036RMC04     |           |
| ELVDA CRISTINA SANTOS                    |                       | NOME/ENDEREÇO   |           |
| R ARCE VILAS CRESA                       |                       |                 |           |
| RAIAR DO SOL Nº 01561                    |                       |                 |           |
| BOA VISTA-RR 63216004                    |                       |                 |           |
| 283.030.002-50                           |                       | CPF/CNPJ        | PLACA     |
| MONDEL BOTELEIRO SALES                   |                       | NOME ANTERIOR   | W0M7593   |
| PLACA ANT./UF                            | 902M035007R037803     | CHASSI          |           |
| ESPECIE TIPO                             | PAS/MOTOCICLETA/MPD   | APLIC.          |           |
| MARCA/MODELO                             | HONDA/CPX 250 TWISTER | COMBUSTIVEL     | BASCULINA |
| CAP/ROT/DIL                              | 2P/0249CE/            | CATEGORIA       | 2007      |
| ANO FAB                                  | 2007                  | ANO MOD         | 2007      |
| COR PREDOMINANTE                         | AMARELA               |                 |           |
| OBSERVAÇÕES                              |                       |                 |           |
| SEM RESERVA DE DOMINIO * PROIB SAIR DA R |                       |                 |           |
| MAZ OCIB LEILAO PM BV 2016 LOTE 10 *     |                       |                 |           |
| BOA                                      | Local                 | DATA            |           |
| Diretor Presidente                       |                       | 06/07/2018      |           |
| DETTRAN-RR                               |                       |                 |           |



<https://outlook.live.com/mail/inbox/id/AQMkADAwATY0M...>

**RORAIMA ENERGIA S.A.**  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com a Roraima Energia, informe este número: **0042790-0**

Nº da Nota Fiscal: **003847832**  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

| CONTA MÊS           | VENCIMENTO        | CONSUMO (KWH) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|---------------------|-------------------|---------------|---------------------|
| <b>OUTUBRO/2019</b> | <b>06/11/2019</b> | <b>155</b>    | <b>144,85</b>       |

DINA BATISTA DOS SANTOS  
R. ARCO IRIS 571 RA PR DO SOL

| DADOS DA LEITURA (KWH)      |       | DATAS DA LEITURA        |            | DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |             |
|-----------------------------|-------|-------------------------|------------|------------------------------|-------------|
| Atual:                      | 44532 | Atual:                  | 17/10/2019 | Grupo/Subgrupo:              | B           |
| Anterior:                   | 44377 | Anterior:               | 17/09/2019 | Classe/Subclasse:            | RESIDENCIAL |
| Dias de consumo:            | 30    | Próxima leitura:        | 17/11/2019 | Ligação:                     | NÃO         |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 | Emissão:                | 16/10/2019 | Número Medidor:              | 2711148     |
| Consumo medido:             | 155   | Apresentação:           | 17/10/2019 | Forma de Faturamento:        | NORMAL      |
| Consumo Faturado:           | 155   | R: 25,081, 22,01, 98868 |            | Modalidade:                  | CONVENIONAL |

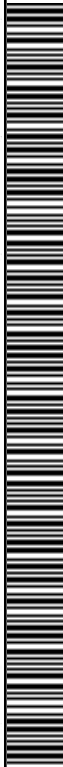
**CONSUMO**

| CONSUMO               | MONETARIA DA | 155 A R\$ | 0,764602 = | 118,51 |
|-----------------------|--------------|-----------|------------|--------|
| CORRECAO MONETARIA    | IG 08/19-00  |           |            | 0,02   |
| CORRECAO MONETARIA    | IG 08/19-00  |           |            | 0,01   |
| MULTA POR ATRASO DE   | 1 08/19-00   |           |            | 1,26   |
| JUROS DE MORA POR ATR | 08/19-00     |           |            | 0,22   |
| MULTA POR ATRASO      | 08/19-00     |           |            | 2,45   |
| JUROS DE MORA DE IMPO | 08/19-00     |           |            | 1,31   |
| ILUMINACAO PUBLICA    |              |           |            | 21,07  |



Tânia Helena  
(95) 99139-8405

| CONTRAN                                  |                           | DENATRAN             |         |
|------------------------------------------|---------------------------|----------------------|---------|
| VALI32                                   |                           |                      |         |
| DETTRAN - RR                             |                           | Nº 013746649900      |         |
| CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO       |                           |                      |         |
| VA                                       | 00311947633               | RECIBO DE PAGAMENTO  |         |
| ELYDA CRISTINA SANTOS                    |                           | NOME DO PROPRIETÁRIO |         |
| R ARCO VERDE CDSB                        |                           |                      |         |
| RAIAR DO SOL Nº 01661                    |                           |                      |         |
| BOM VISTA-RR 63216004                    |                           |                      |         |
| 383.030.002-50                           | CERTIFICADO               | PLACA                | KRM7593 |
| MANOEL BOELHO SALES                      |                           | NOME ANTERIOR        |         |
| PLACA ANTIGA                             | 9CEMC35007R037B03         | CHASSI               |         |
| ESPECIAL TIPO                            | PAS/MOTOCICLETA/NOO 99L1C | COMBUSTIVEL          |         |
| MARCA/MODELO                             | HONDA/CR1 250 TWISTER     | ANO FAB              | 2007    |
| ANO MOD                                  | 2007                      |                      |         |
| CAP/PO/CL                                | 2P/0249CC                 | CATEGORIA            | AMARELA |
| OBSERVAÇÕES                              |                           |                      |         |
| SEM RESERVA DE DOMINIO * PROIB SAIR DA R |                           |                      |         |
| MP2 GOB LENDAO PM AV 2016 LOTE 10 *      |                           |                      |         |
| BOA                                      | 06/07/2018                | DATA                 |         |
| Liliane Raquel de Melo Cerveira          |                           |                      |         |
| Diretor Presidente                       |                           |                      |         |
| DETTRAN-RR                               |                           |                      |         |

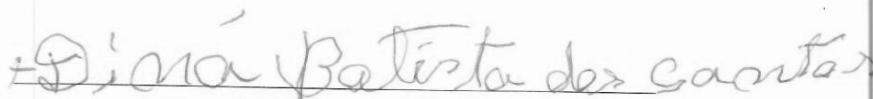


**DECLARAÇÃO**

**DINA BATISTA DOS SANTOS**, brasileira, viúva, aposentada, portadora da Cédula de Identidade nº 8310875 SSP/PA, inscrita no CPF sob o nº 141.194.712-68, residente e domiciliada na Rua Arco Iris, nº 671. Bairro: Raiar do Sol, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima. **DECLARA** para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

*E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fé.*

Boa Vista-RR, 24 de Outubro de 2019

  
**DECLARANTE**



**PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA**

**OUTORGANTE(S):**

*DINA BATISTA DOS SANTOS, brasileira, viúva, aposentada, portadora da Cédula de Identidade nº 8310875 SSP/PA, inscrita no CPF sob o nº 141.194.712-68, residente e domiciliada na Rua Arco Iris, nº 671. Bairro: Raiar do Sol, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.*

**OUTORGADO(S):**

*LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº 639, com escritório na Avenida Getulio Vargas, nº 7887, Bairro São Vicente, na cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.*

**PODERES:**

*A quem confere os poderes da cláusula ad judicium et extra para, agindo em conjunto ou individualmente, independentemente da ordem de nomeação, representar o Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como promover umas e outras até final decisão, interpondo recursos, recebendo e dando quitação; exigir, desistir, transigir, firmar compromissos e acordos; reconhecer a procedência de pedidos; renunciar ao direito sobre o que se fundamente qualquer ação; habilitar em precatório; oferecer representação criminal e queixa-crime, requerer, levantar e receber alvarás de quaisquer espécies, enfim, todos os atos indispensáveis ao fim a que se destina este mandato, que poderá ser substabelecido no todo ou em parte, com ou sem reserva de iguais poderes, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até final liquidação de sentença.*

Boa Vista-RR, 24 de Outubro de 2019

*Dina Batista dos Santos*  
**OUTORGANTE**



<https://outlook.live.com/mail/inbox/id/AQMkADAwA>.

