

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIAS MORAES ANDRADE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03905

CONTA: 000000007348-2

---

Nr. da Autenticação A7CAFCD92061A98E

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180209563 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELIAS MORAES ANDRADE **Data do acidente:** 10/12/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE TORNOZELO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** DEFICIT FUNCIONAL

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE SEVERA DE TORNOZELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** TORNOZELO 50%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JORGE DA SILVA MOTTA

**CRM do médico:** 52.31398-4

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

*Jorge da Silva Motta*

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2018

Carta nº: 12842244

A/C: ELIAS MORAES ANDRADE

Nº Sinistro: 3180209563  
Vítima: ELIAS MORAES ANDRADE  
Data do Acidente: 10/12/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ELIAS MORAES ANDRADE**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003905**

Conta: **000007348-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RJ  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

**SEGURO OBRIGATORIO**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS MATERIAIS CAUSADOS POR VEICULO  
EM CIRCULACAO NA REDE VIARIA FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL, A RESPEITO  
DE DANOS MATERIAIS CAUSADOS POR VEICULO DE SEGURO PRIVADO

DETRAN - RJ  
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS MATERIAIS CAUSADOS POR VEICULO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

SABEMI SEGURADORA S/A  
08 MAIO 2016  
RECEBIDO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS REPRODUÇÕES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CATEGORIA NACIONAL DE VEÍCULOS

NOME: **RIJAS MORAES ANDRADE**  
 Nº DE IDENTIFICAÇÃO: **1640934-938-RJ**  
 Nº DE LICENÇA: **027836-978-96** | DATA DE EMISSÃO: **11/01/1998**  
 PLACA: **RIJAS MORAES ANDRADE**  
 VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
**1475606844**  
 DATA DE VALIDADE: **25/05/2016**  
 LOCAL: **BOA VISTA, RR**  
 DATA DE EMISSÃO: **08/06/2017**  
 Nº DE IDENTIFICAÇÃO: **25564352160**  
 Nº DE LICENÇA: **RR209269677**  
**RORAIMA**

SABEMI SEGURADORA S/A  
 08 MAIO 2018  
 RECEBIDO

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSF  
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AERÓDROMO

1910 1307

Roxilux

11/12/17

1790878432 10/12/2017 13:12:21 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07/19 22

Paciente: ELIAS MORAES ANDRADE Data Nascimento: 11/01/1998 Idade: 19 A 10 M 30 D CNS: 700803409632685 CPF: 03729997270 Preenchido: 00009701

Tipo Doc: Documento Orgão Emissor: SSP/RR Data Emissão: 09/08/2013 Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO (APARDA) Nacionalidade: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA

Mãe: CILENE MORAES ANDRADE Pai: NC Contato: (95) 99114-2215

Endereço: RUA - BEIJA FLOR - 192 - SAO BENTO - BOA VISTA - RR Ocupação: MILITAR

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Nº da Carteira: Valido: Autorização: S's Prenatal

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atende: Procedência: Temp: Peso: Pressão:

Sector: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL Procedimento Sol: Registrado por: WESLEEN ROCHA

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

Anamnese de Enfermagem: GSC TOTAL: 15

AD: 1234 XY 12345 MW: 123450

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 13:12 h)

Notas de exame físico: Paciente chegou com queixa de dor no abdômen, sem febre, sem vômito, sem diarreia.

Hipótese Diagnóstica: Ferimento

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

RECEBIDO

PRESCRIÇÃO: 1) Analgésico 1g 2) Antibiótico 200mg

APRAZAMENTO: OBSERVAÇÃO:

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Realiza ☒ Transferência para: Patologia

óbito: ☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora do Sucesso: 11/12/2017 13:14:04

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: wesleem.rocha Data Hora: 10/12/2017 13:14:04

Destino: ☐ Família ☐ P/L Agência Policial

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: wesleem.rocha Data Hora: 10/12/2017 13:14:04

Destino: ☐ Família ☐ P/L Agência Policial

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: wesleem.rocha Data Hora: 10/12/2017 13:14:04

Destino: ☐ Família ☐ P/L Agência Policial

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: wesleem.rocha Data Hora: 10/12/2017 13:14:04

Destino: ☐ Família ☐ P/L Agência Policial

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: wesleem.rocha Data Hora: 10/12/2017 13:14:04

Destino: ☐ Família ☐ P/L Agência Policial

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: wesleem.rocha Data Hora: 10/12/2017 13:14:04

Plc supra trauma. Conclusão em  
dormezelo (E) d fratura supra sindesmal  
fraco espinal baixo.

Ch. Tala Beta.

Internação Hosp.

Dr. Jerônimo C. Lopes  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM-RN 1754 TEOT 14272







SUS

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.º DO PROPRIETÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIA, 23 - CID 10 OUTRAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - N.º DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

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

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - N.º DO BILHETE

35 - SÉRIE

36 - ATIV. PRAT. DE TRABALHO

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CBO

41 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APRESENTADO

( ) NÃO SE ENQUADRA

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

SABEMI SEGURADORA S/A  
08 MAIO 2018  
RECEBIDO

08 MAIO 2018  
RECEBIDO

0308010019-7068  
V299



**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**  
**PRESCRIÇÃO MÉDICA**



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <u>Elias Moraes Andrade</u>					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		DM	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 horas				5h 10h
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				10h
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				5h
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				Roraima
8	CURATIVO DIÁRIO				M
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
<p><b>1-SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; &gt;400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p><b>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</b> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS &gt; 160 E OU PAD &gt; 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.</p>					

*Dr. Douglas C. Lopes*  
 Ortopedia e Traumatologia  
 Hospital Geral de Roraima  
 CRP 23.250-1507 24272



**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

	PA	FC	FR	TEMP	
<b>SINAIS VITAIS</b>					
6 H	106/72	64	18	36,0	
12 H					
18 H	156x109	108	18	36,7	
24 H	175x135	113			

*25*  
 An. Marilde Paula  
 T. de Enfermagem  
 COREN-RR 305 058

*25*  
 Rosângela Isabel Muscato  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN-RR 1802141

(N)

		<b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b>			
<b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>					
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		LUIZ MORAES ARAUJO			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		NEGA	
IDADE		LEITO		DM2	
ITEM				DATA	
		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			SND	
2	AVP: SFD 0.9% 500ml 1X/dia			10	
3	CEFALOTINA 1G EV 8/8H			12, 18, 24	
4	TILATIL 20mg 12/12hs			10, 22	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N			SN	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			SN	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SN	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS			01, 07, 13	
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			SN	
10	SSV + CCGG 6/6 H			notina	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG			SN	
14	CURATIVO DIARIO			realizar	
15					
16					
17					
18					
19					
20					
		<b>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</b>			

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

Ao bloco para programação cirúrgica  
24:00 Item ① no TCA no FARMÁCIA  
06:00 Item ② no TCA no FARMÁCIA  
24:00 T: 36,6  
PB: 114x69  
P: 75

CRISTINA B. LIMA  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 673.681

Elton M. A. Ribeiro  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 62817. TEC

SABEMI SEGURODORA S/A  
08 MAIO 2018  
RECEBIDO

SINAIS VITAIS				
6 H	36.6	68	119x77	
12 H	37.2	90	101x61	
18 H	37.2	89	110x64	
24 H				

Obs: não tem Ressonância EM na Farmácia CJFF

CRISTINA B. LIMA  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 673.681

Dayane S. Tosin  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 917.047. TE

88/01/26  
MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

OK



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

Serviço de Ortopedia e Traumatologia



GOVERNO DO PARANÁ  
Secretaria de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Elias Mendes Anderson</i>					
DIAGNÓSTICO <i>Fratura Torozelo (E)</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE <i>19a</i>		LEITO		DATA	<i>12/12/17</i>
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>5:00</i>
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia				<i>10</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				<i>12:24:00</i>
4	TILATIL 20mg 12/12hs				<i>18:20</i>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				<i>5:00</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				<i>5:00</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>5:00</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				<i>14:00:00</i>
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				<i>5:00</i>
10	SSV + CCGG 6/6 H				<i>Relina</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				<i>Alanca</i>
14	CURATIVO DIARIO				<i>Relina</i>
15					<i>Relina</i>
16					
17					
18					
19					
20	<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).</b> 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				

Dr. Elton Soares  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 19.287/R


EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

SINAIS VITAIS	FC		PA		Deydne S. Tosin Técnico de Enfermagem CRM 19.917/047 TE	MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.
	6 H					
	12 H	<i>34.2</i>	<i>71</i>	<i>110 X 70</i>		
	18 H					
	24 H	<i>72</i>	<i>115 X 76</i>			

PA: 120 X 80  
Tem: 36.4  
FR: 17  
8:00  
PA: 120 X 78  
FC: 74

404-1



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
MÉDICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

GOVERNO DO ESTADO DO RORAIMA

PREScrição Médica

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	DATA		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				SND
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				10/10/2006
4	TILATIL 20mg 12/12hs				10/20
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				10/20/06
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotativo
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				S/N
14	CURATIVO DIARIO				S/N
15	Ao bloco ATENÇÃO				At
18					
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				

Dr. Leonardo Rabelo  
Residência em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1715

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

SINAIS VITAIS	Tem	FC	PA
6 H	36.6°	75	120x70
12 H	37.2	69	145/69
18 H	36.9	65	130/80
24 H	36.4°	70	123x65 mmHg

Dayane S. Tosin  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 911.047 TE

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

Maria Wandereia Maia  
Técnica em Enfermagem  
COREN-RR 473110

404-1



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ELIAS MORAES DE ANDRADE				
DIAGNÓSTICO	FX LX TNZ				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	19	LEITO		DATA	14/12/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monda
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				10 <sup>h</sup>
5	DEFIRONA 2ML EV 6/6				12 <sup>h</sup>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SND
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SND
8	RANITIDINA 30MG EV 8/8H S/N				SND
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SND
10	SSVV + CCGO 5/5 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				Rotina
14	CURATIVO DIÁRIO				Rotina
15					
16					
17					
18	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				
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PARA BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

**NIR**  
Regulado  
para leito  
B-13 404-1 as 11:40h  
Regulação Interna

SINAIS VITAIS				
6 H	125x69	60	36,5°C	16
12 H	36,4	61	125x66	
18 H	38,8	70	120x60	
24 H	103x62	60	36,5°C	16




MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

Dr. Leonardo Ribeiro  
Residente em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR-11115

14.12  
16.12.17  
17.12.17  
18.12.17

Amanda Lima de Araújo  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 907534

404-1

 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>Serviço de Ortopedia e Traumatologia</b>						 	
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>							
<b>DATA DE ADMISSÃO</b>		<b>DIH</b>		<b>10/12/2017</b>		<b>DN</b>	
						<b>11/01/1998</b>	
<b>PACIENTE ELIAS MORAES ANDRADE</b>							
<b>AGNÓSTICO FRATURA DE TORNOZELO ( SUPRA SINDESMAL LONGA)</b>							
<b>ALERGIAS</b>							
<b>IDADE</b>		<b>19 ANOS</b>		<b>HAS</b>		<b>SIM</b>	
<b>LEITO</b>		<b>404-1</b>		<b>DM2</b>			
<b>ITEM</b>		<b>PRESCRIÇÃO</b>		<b>DATA</b>		<b>15/12/2017</b>	
<b>1</b>		<b>DIETA ORAL LIVRE</b>					<b>HORÁRIO</b>
<b>2</b>		<b>SFO, 9% 500ML EV 24/24h</b>					<b>SUSP</b>
<b>4</b>		<b>TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA</b>					<b>SUSP</b>
<b>5</b>		<b>OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA</b>					<b>SUP</b>
<b>6</b>		<b>METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N</b>					<b>06 NTF</b>
<b>7</b>		<b>DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN</b>					<b>SM</b>
<b>8</b>		<b>TRAMADOL 100MG, 20GOTAS 8/8 HORAS SE DOR INENSA</b>					
<b>9</b>		<b>CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS &gt; 160 E OU PAD &gt; 110 MMHG</b>					
<b>10</b>		<b>SSV + CCGG 6/6 H</b>					
<b>11</b>		<b>CURATIVO DIÁRIO</b>					
<b>13</b>		<b>CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS</b>					
<b>14</b>							<b>SUSP</b>
<b>15</b>							
<b>16</b>							
<b>17</b>							
<b>18</b>							
<b>19</b>							
<b>20</b>							
<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b> <b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:</b> <b>6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,</b> <b>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>							

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SABEM SEGURO S/A

08 MAIO 2018

RECEBIDO

SINAIS V	PA	FC	FR		
6 H	128 x 63	56	20	363	
12 H	106 x 61	50	21	350	44
18 H	100 x 62	63	20	368	
24 H					

Dr MARCELO MARQUES CRM 1918  
Residente de Ortopedia e Traumatologia

12-05-2018

12-05-2018 SSVV, segue aos cuidados de...





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: DIH 10/12/2017 DN 11/01/1998

PACIENTE ELIAS MORAES ANDRADE

AGNÓSTICO FRATURA DE TORNOZELO ( SUPRA SINDESMAL LONGA)

ALERGIAS

HAS

SIM

DM2

IDADE

19 ANOS

LEITO

404-1

DATA

16/12/2017

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

S/N

2

SFO 9% 600ML EV 24/24h

SUSP

4

TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA

SUP

5

OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA

SUP

6

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

SUSP

7

DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN

8

TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV, 8/8 HORA SE DOR INTENS

9

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

10

SSVV + CCGG 6/6 H

11

CURATIVO DIÁRIO

13

CEFALOTIINA 1G EV, 6/6 HORAS

14

15

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

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

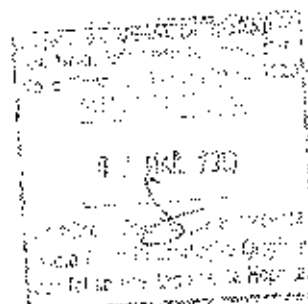
# CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA



# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR		
6 H	110x70	70	—	35,2	Dr MARCELO MARQUES CRM 1918 Residente de Ortopedia e Traumatologia
12 H	100x70	70	—	36,2	
18 H	100x70	62	—	36,2	
24 H	98x72	62	—	36,2	





	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
	PRESCRIÇÃO MÉDICA		

442  
2

DATA DE ADMISSÃO	DIH	04/12/2017	DN	11/01/1996
------------------	-----	------------	----	------------

PACIENTE **MARICA YANOMAMI**

AGNÓSTICO **FRATURA EXPOSTA DE RADIO ESQUERDO**

ALERGIAS	HAS	DM2
----------	-----	-----

IDADE	21 ANOS	LEITO	412-2	DATA	18/12/2017
-------	---------	-------	-------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL LIVRE	SUSP
---	------------------	------

2	SF0,9% 500ML EV 8/8 h	SUSP
---	-----------------------	------

3	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	SUSP
---	-----------------------------	------

5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA	6
---	------------------------------	---

6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	9
---	---------------------------------	---

7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H	220
---	--------------------------------	-----

8	TRAMADOL 100MG + 100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENS	50
---	---	----

9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	50
---	---	----

10	SSV + CCGG 6/6 H	SSV
----	------------------	-----

11	CURATIVO DIÁRIO	10.15
----	-----------------	-------

1	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS D8	10.15
---	--------------------------------	-------

14	GENTAMICINA 240NG EV. 1X/DIA D8	10.15
----	---------------------------------	-------

15		
----	--	--

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**

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

#OBS: PACIENTE APRESENTANDO FRATURA ANTIGA EM PUNHO E. PACIENTE SE RECUSOU A REALIZAR A TOMOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

#CONDUTA: SOLICDO EXAMES LABORATORIAS+ RISCO CIRURGICO

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	
6 H				Dr. MARCELO MARQUES
12 H				CRM: 1918
18 H				Residente de Ortopedia e
24 H				Traumatologia

ARL

404  
1

**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**  
**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ DIH: 10/12/2017 DN: 11/01/1998

PACIENTE: **ELIAS MORAES ANDRADE**

AGNÓSTICO: **FRATURA DE TORNOZELO ( SUPRA SINDESMAL LONGA)**

ALERGIAS: \_\_\_\_\_ HAS: \_\_\_\_\_ SIM: \_\_\_\_\_ DM2: \_\_\_\_\_

IDADE: **19 ANOS** LEITO: **404-1** DATA: **18/12/2017**

ITEM: \_\_\_\_\_ PRESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_ HORÁRIO: \_\_\_\_\_

1 DIETA ORAL LIVRE \_\_\_\_\_ SUP

SFO 0.9% 500ML EV 24/24h \_\_\_\_\_ SUSP

TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA \_\_\_\_\_ SUP

5 OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA \_\_\_\_\_ SUP

6 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H(S/N) \_\_\_\_\_ SUP

7 DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H(S/N) \_\_\_\_\_ SUP

8 TRAMADOL 100MG +100ML SF 0.9% EV. 8/8 HORA/SE DOR INTENS \_\_\_\_\_ SUP

9 CAPTOPRIL 25 mg VO(SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG) \_\_\_\_\_ SUP

10 SSVV + CCGG 6/8 H \_\_\_\_\_ SUP

11 CURATIVO DIÁRIO \_\_\_\_\_ SUP

12 CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS \_\_\_\_\_ SUP

14 \_\_\_\_\_

15 \_\_\_\_\_

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**

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

#SOLICITADO:

# CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

*ALTA Hospitalar*

SEGUROADORA S/A

03 MAIO 2018

RECEBIDO

SINAIS V	PA	FC	FR
6 H			
12 H			
18 H			
24 H			

Dr MARCELO MÃRQUES CRM 1918  
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

*[Handwritten signatures and stamps]*





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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE ELIA NORBERTO ANDRADE, 49 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 27/12/17, COM  
DIAGNÓSTICO DE Fratura exposta tornozelo esquerdo

NO DIA 28/12/17, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
Tratamento cirúrgico fratura exposta tornozelo SENDO

OPERADO PELO DR. Patricio Ribeiro E DR. Jonatan

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 1/1, ÀS 13:00 HORAS, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 11/01/18, ÀS 13:00 HORAS, COM O  
DR. Patricio Ribeiro

Dr. Wally, Sr. Sr. Sérgio Proença

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.

08 MAIO 2018

RECEBIDO

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Patricio

BOA VISTA, 31/12/17

Dr. Marcelo Marques  
Médico Assistente  
Ortopedia e Traumatologia  
MÉDICO



03 MAIO 2019

FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: BRAVO 5 EQUIPE: Vera Cruz / Catarina

Paciente: ELIAS MORAIS ANDRADE

Nacionalidade: Raça: ☒ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena ☐ Outro

Endereço: Av. Sebastião Diniz / Tereza - São Vicente

Ponto de Referência:

RECEBIDO

Nº da Ocorrência: 19.953 DATA: 10.05.19 AÇÃO: 12:25

Médico (a) Regulador (a): Alina HDRA (CHEGADA NO LOCAL):

MOTIVO: ☒ ACIDENTE ☐ TRANSPORTE ☐ INTERNAÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ OUTROS

MECANISMO DE TRAUMA:

AUTOMÓVEL	ACIDENTE	VIOLÊNCIA	OUTROS
<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Agressão Física	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho
<input type="checkbox"/> Carro	<input type="checkbox"/> Velocidade	<input type="checkbox"/> Estupro	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trabalho
<input type="checkbox"/> Carro X	<input type="checkbox"/> Via Rápida	<input type="checkbox"/> FAF	<input type="checkbox"/> Queda de Altura
<input type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Acidente com outro X	<input type="checkbox"/> FAF	<input type="checkbox"/> Acidente Doméstico
<input type="checkbox"/> Passagem de Carro	<input type="checkbox"/> Queda de outro	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Queimadura Acidente
<input type="checkbox"/> Passagem de Fim de	<input type="checkbox"/> Dificuldade	<input type="checkbox"/> Violência Doméstica	<input type="checkbox"/> Agressão física
	<input type="checkbox"/> Queda de Bordo	<input type="checkbox"/> Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Outros

Vias Aéreas	Verificação	Circulação	Avul. Neurológica
<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Abolida	<input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> AVUN
<input type="checkbox"/> Bradipnéia	<input type="checkbox"/> Fenda Aspiratória	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> UNV
<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Mioses
<input type="checkbox"/> Espúrio	<input type="checkbox"/> M.A. Ausente	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Mioses
<input type="checkbox"/> Obstrução	<input type="checkbox"/> M.A. Diminuída	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Anisocoria
<input type="checkbox"/> Respi. Ruidosa	<input type="checkbox"/> Mades		<input type="checkbox"/> Alcoolizem
<input type="checkbox"/> Ecúrricas			

Nome	P.A. mmHg	F.C. bpm	F.R. Mpm	Sat. O. %	Temp	Esc. visual oral, ECA "ODR"	Circulac.	Reflexo
Nome		70		98				
Sexo								

Peito	Cabeça	Tronco	Extrem.	Membros	Adesão
<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Abundância	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Distensão
<input type="checkbox"/> Coração	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Infusão Sub-Cutânea	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Oligúria
<input type="checkbox"/> Fim	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Rosp. paradoxal	<input type="checkbox"/> Ematoma
<input type="checkbox"/> Pele	<input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	<input type="checkbox"/> Ferimento	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Tempestividade	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Ferimento	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Tórax instável	<input type="checkbox"/> Contusão
<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Ferimento			<input type="checkbox"/> Lacerações
<input type="checkbox"/> Coluna Dorsal	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Membros	<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Fratura
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Amputação
<input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	<input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Esmagamento	<input type="checkbox"/> Esmagamento	<input type="checkbox"/> Esmagamento
<input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	<input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Avulsão	<input type="checkbox"/> Avulsão	<input type="checkbox"/> Avulsão

AVILIAÇÃO CARDÍACA	AFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
<input type="checkbox"/> Ponto Sinal	<input type="checkbox"/> Cardíaca	<input type="checkbox"/> Alergia
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Cardíaca
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Fim	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> HAS
	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Doença AVC

GRAVIDADE COMPLICADA: ☐ PESO ☒ EQUILIBRADA ☐ MÉDIA ☐ OBITO ☐ INDETERMINADA

NOBENTE	NOBENTE	NOBENTE
<input type="checkbox"/> Fumagamento	<input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento	<input type="checkbox"/> Polícia Militar
<input type="checkbox"/> Não se encontra no local	<input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização	<input type="checkbox"/> SMTRAN
<input type="checkbox"/> Fim	<input type="checkbox"/> Bônus no local	<input type="checkbox"/> PRF
<input type="checkbox"/> Injeções	<input type="checkbox"/> RCP com sucesso	<input type="checkbox"/> RCP Não realizado
<input type="checkbox"/> Fim	<input type="checkbox"/> RCP sem sucesso	<input type="checkbox"/> RCP

INSTR	INSTR	INSTR
<input type="checkbox"/> Atendido no local	<input checked="" type="checkbox"/> Grande Trauma	<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - POCSE
<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - PAM	<input type="checkbox"/> Hosp. Coronel Mota - HCU	<input type="checkbox"/> Hosp. São Antônio - HCSA
		<input type="checkbox"/> Hosp. São João - HJH
		<input type="checkbox"/> Outros

Assinatura e Carimbo Médico do Enfermeiro  
(Unidade de Gestão)

Παραπομπή

### Young's Reception

### Função do Receptor

.....  
 Approved of ~~28~~ 28 April 2017

Documento para os devidos fins não estar, recusando-se a fornecer, em razão de não ser disponibilizado pelo SAMU-090 Mata, sendo o documento.

Approved by the Council

145

CESTANTE

15.  $\frac{1}{2} \pi$  and  $\frac{3}{2} \pi$

05001747429 fiscal

modo de linho

1508

• [View cart](#) • [Sign out](#)

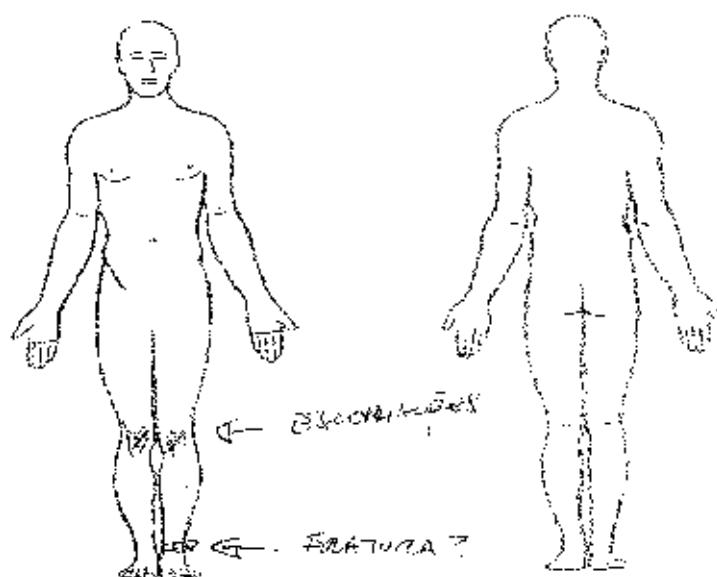
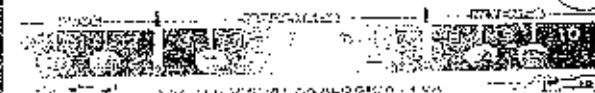
| Significance

### MATERIALS AND METHODS

03 AUGUST, 01 RELEASE BY JAMES H. WILSON, SP52

[illegible]

1914 12 30 70%



### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Kitman de cabos moto/cabo; lote, ser está de, apresenta, move  
sem lico em mui e parat fratura de tornozelo (6). Imobilizado  
com calar dental; grande rigidez, mte com talas e removido os  
(6) 400 comorena regulagem unidione.

SADEM SEGURADORA S/A

·G-5 MAG ZITH

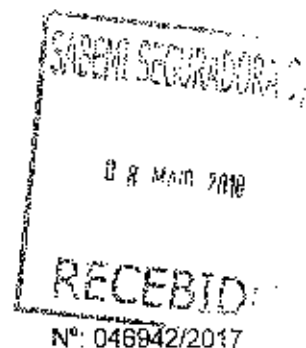
~~RECEBIDO~~

Assinatura e carimbo do profissional  
 Marc Orla G. de Brito  
 702-449-0000 (FAX)  
 0800-010-0000





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



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

### DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/12/2017 18:48 Data/Hora Fim: 11/12/2017 19:16  
Delegado de Polícia: Wulpsander Trajano Junior

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 5º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 10/12/2017 12:00

#### Local do Fato

Município: Boa Vista

Bairro: São Vicente

Lugradouro: rua sebastião diniz com a travessa tacutu

Tipologia do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: Acidente Com Lesões	Veículo

### ENVOLVIDO(S)

Nome: LUIZ GABRIEL SANTOS NASCIMENTO (ENVOLVIDO, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 01/09/1998  
Profissão: Estudante  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Raça/Cor: Parda  
Nome da Mãe: Maria dos Santos Zezulino Nome do Pai: Domingo Luiz Nascimento

#### Endereço

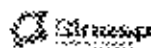
Município: Boa Vista - RR  
Lugradouro: rua beija flor Nº: 67 Complemento: casa  
Bairro: SÃO BENTO  
Telefone: (95) 99153 5838 (Celular)

Nome: ELIAS MORAES ANDRADE (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 11/01/1998  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Raça/Cor: Parda  
Endereço:  
Município: Boa Vista - RR  
Lugradouro: rua beija flor Nº: 192  
Bairro: SÃO BENTO  
Telefone: (95) 9914-6688 (Celular)

### OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Veículo Adulterado? Não	Quantidade: 1 Unidade
Situação: Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos



Delegado de Polícia Civil: Wulpsander Trajano Junior  
Impresso por: Jorge da Silva  
Data de Impressão: 11/12/2017 19:16  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos da Polícia

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 046942/2017

Nome Envolvido	Envolvimentos
Luiz Gabriel Santos Nascimento	Depositário
Elias Morães Andrade	Proprietário

## RELATO/HISTÓRICO

compareceu neste 5ºdp LUIZ GABRIEL SANTOS NASCIMENTO, para comunicar que sofreu um acidente de trânsito e juntamente com seu amigo ELIS MORAES ANDRADE, que um carro veio a colidir na traseira da motocicleta HONDA TITAN de cor azul e placa NUH 1030, o qual estava de carona e logo o veículo deu macha ré e ovariou-se do local. o SAMU esteve no local e prestou socorro, que seu amigo ELIAS, está internado no hospital geral. é o que tinha a relatar.

## ASSINATURAS

  
 Jorge da Silva  
 Responsável pelo Acontecimento

  
 Luiz Gabriel Santos Nascimento  
 (Comunicante / Função)

Eu, abaixo assinado, sou o titular do direito que sou o(a) usuário(a) responsável pelas informações acima assinadas e cometo-me a responder civil e criminalmente pelas consequências desta opção de registro, conforme previsto nos Artigos 5º e 1º da Lei nº 13.627/2018 e 1º da Lei nº 13.627/2018 e 1º da Lei nº 13.627/2018.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

**POLÍCIA CIVIL**

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE

**DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT**

"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 046942/2017/5ª DP-BOA VISTA/ RR.**

O Sr.º

NOME: **ELIAS MORAES ANDRADE**

RG : **4640934 SSP/RR**

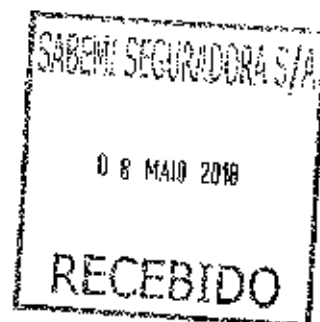
SEXO: **MASCULINO**

DATA DE NASCIMENTO: **11/01/1998**

TELEFONE: **(95) 9 9114-6688**

ENDEREÇO: **RUA BEIJA FLOR, 192**

BAIRRO: **SÃO BENTO**



O comunicante **ELIAS MORAES ANDRADE**, compareceu nesta especializada para retificar no BO supracitado o seu nome e acrescentar os dados da motocicleta envolvida no acidente de trânsito no dia 10/12/2017 às 12:00.

- Onde se lê **ELIAS MORÃES ANDRADE**, leia-se **ELIAS MORAES ANDRADE**.
- **HONDA/CG 125 FAN KS. PLACA NUTI-1030, CHASSI 9C2JC4110AR080760, RENAVAM 00254125573**, de propriedade de **ELIAS MORAES ANDRADE**.

  
AGENTE DE POLÍCIA  
**MARIA SELMA MELO DE ALMEIDA**

Boa Vista - RR, 16 de abril de 2018.

  
**ELIAS MORAES ANDRADE**  
Comunicante



