

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: 01/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03436

CONTA: 000001075231-5

Nr. da Autenticação 0EE5F4251A2AB467

Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190222399

Vítima: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

Data do Acidente: 08/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 033

Agência: 000003436

Conta: 000001075231-5

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190222399 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 08/12/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE QUADRIL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA+TRAÇÃO) E ALTA MÉDICA. (P4)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL DIREITO.

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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190222399 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 08/12/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE QUADRIL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA+TRAÇÃO) E ALTA MÉDICA. (P4)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL DIREITO.

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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA



Luana Amorim de Souza Lopes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 414 - Boa Vista - RR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 30.232 DATA DE EMISSÃO 17/07/2002

NOME LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

FILIAÇÃO ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM

NATURALIDADE BOA VISTA-RR DATA DE NASCIMENTO 14/03/1971

DOC ORIGEM CC-13766 F.266 L.2-12 BOA VISTA-RR.

CPF 104316362 - 10

Ramiro Francisco da Silva Junior
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N.º 116 DE 29/08/83

Alta 22/12/16

BLOCO A

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

HG

NOTURNO 19-

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

1600693942 08/12/2016 20:28:07

Paciente RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

Tipo Doc Documento Órgão Emissor
IDENTIDADE 3307646 SSP/RR

Mãe MARIA SIMONE DOS SANTOS

Endereço RUA - VICENTE FIGUEIRA DE MELO - 56 - CAMBARA - BOA VISTA - RR

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
ACIDENTE E MOTO URGÊNCIA
Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:
GRANDE TR/UMA SAMU CAPITAL REA DE SINISTROS - OPVAT LIZA, MARIE
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

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

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA -

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO ☐ APRAZAMENTO ☐ OBSERVAÇÃO

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revella ☐ Internação
☐ Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

16/19 Paciente estarela, agnara
Impresso por: liza.mario
Data Hora: 08/12/2016 20:29:17
Ten filhos 5, 2 anos
e um de Gêmeos. Acamp. Tra naramulio

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. CALANDRINI

08 DEZ 2016



160069394

Parece

Estados

CPF 2.000

160069394

160069394


160069394

160069394

Forma de registro em Tabela de Incidência de Doenças e Agravos (TIDDA) - MLD
Exatidão da informação em anexo 3
no âmbito da vigilância para a prevenção.

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

Agravo: 172
Nº Not.: 541
Data: 1/1/17
Notificador



01 JUN. 2017
Shelle

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Pereira, 414 - Boa Vista - RR

114-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Rafael Carlos de Moraes

LEITO: _____

DIAGNÓSTICO: Luxação de tornozelo direito

DATA: 08 / 12 / 16

ITEM	DESCRIÇÃO	HORÁRIO																													
1	Dieta oral livre	SND																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	12 - 24																													
3	Cefalotina 1g 1amp + AD (EV) 6/6h	12 - 18 - 24 - 06																													
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	10 - 22																													
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	06																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N																													
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	12 - 18 - 24 - 06																													
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	14 - 22 - 06																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS \geq 160 e/ou PAD \geq 100 mmHg	SN																													
10	Glicemia capilar (). Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																													
<table><tr><th>GLICEMIA</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr></table>		GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA	<table><tr><th></th><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr><tr><td>12:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td></td><td></td></tr></table>		GLICEMIA	I.R.	12:00			18:00			24:00			06:00		
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																														
200-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA																														
	GLICEMIA	I.R.																													
12:00																															
18:00																															
24:00																															
06:00																															
11	Curativo diário 1x ao dia	M																													
12	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA																													
13																															
14																															
15																															
16																															

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

Evolução Médica:

01 JUN 2017
Sheila

SINAIS VITAIS

	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00				
18:00				
24:00				
06:00				

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 1/1

O.S. 06

22 MAR 2019

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Paciente em D.O.H com MID. Robert Laker, Sobrinho.
Anestesia.

2) Tracoe e manobra de Redvers.

3) Ao RPA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 444 - Boa Vista - RJ

Erinaldo P. Passos
CRM/RJ 1667



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Rafael Carlos dos Santos, Jr.		05		08 / 12 / 16	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
100. Curação fêmur D		23:22	23:25		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	Dr. Elinaldo	ANESTESISTA:	Dr. Elinaldo		
1º AUXILIAR	Dr. Heloiz	RES. ANESTESIA:	Dr. Elinaldo		
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE	Socorro, Raimundo, Loura, Raimunda, Enf. Rebeca		
TIPO DE ANESTESIA: Sedação EN		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
12	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (P.M)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS: 15 ml de FVPI diásmico	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		SUB- TOTAL	
	Rebeca	TAXA DE SALA			
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

01 JUN 2017
Shela
CONTABILIDADE
RUA...
FONE...
CNPJ...

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Roberto Roberto da Silva
Cirurgião Responsável

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista V. Buelly + R. B. B. B.

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

() PACIENTE CONFIRMOU

- Identidade
- Sítio Cirúrgico
- Procedimento
- Consentimento

() RISCO CIRÚRGICO

- Aplica
- Não se aplica

(X) SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA

(X) VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

(X) APROXIMAMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
(X) Não () Sim

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
(X) Não () Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
(X) Não () Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Dr. Roberto Roberto da Silva
Assinatura e Carimbo

Data 08/12/16

Hora: 23:00

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

(X) CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO

(X) CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
- Sítio cirúrgico
- Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS

() REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

() REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

(X) REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Sim
() Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

(X) Sim
() Não se aplica

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE

1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO.

2. AS IMAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSORES E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM).

3. COMO A ANAMNÊSE PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE).

4. SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO.

5. O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

Dr. Roberto Roberto da Silva
Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo



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



DATA DE ADMISSÃO		08/12/2016		DIH		DN		20/03/1994	
PACIENTE		RAFAEL CARLOS DOS SANTOS							
DIAGNÓSTICO		LUXAÇÃO POSTERIOR DE QUADRIL							
ALERGIAS		NEGA		HAS		NEGA		DM2	
IDADE		22		LEITO		114-3		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO							HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE							SND
2		SF 0,9 % 1000 ML EV EM 24 HS LENTO							10
3		CEFALOTINA 1G, IV, 6/6HS							12
4		GENTAMICINA 240MG, IV, 1X/DIA							10/20/2016
5		TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA							SUSPENSO
6		DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h S/N							10
7		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA							S/N
8		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)							S/N
9		OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA							060
10		SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H							S/N
11		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG							S/N
12		SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N							S/N
13		SSVV + CCGG 6/6 H							kat/12
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

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

SOLICITADO: RX DE CONTROLE

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:



SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	130x70	20		36,0	Dr. Elder Soares CRM/RR 1828 Residente de Ortopedia e Traumatologia
12 H	135x71	70		35,5	
18 H					
24 H	170x84			36,6	



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



DATA DE ADMISSÃO: 08/12/2016 DIH: DN: 20/03/1994

PACIENTE: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO: LUXAÇÃO POSTERIOR DE QUADRIL D

ALERGIAS: NEGA HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE: 22 LEITO: 114-3 DATA: 12/12/2016

ITEM: PRESCRIÇÃO HORÁRIO

DIETA ORAL LIVRE

SF 0,9 % 1000 ML EV EM 24 HS LENTO

CEFALOTINA 1G, IV, 6/6HS

GENTAMICINA 240MG, IV, 1X/DIA

TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA

DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h S/N

TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA

SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H

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

OMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N

SBV + CCGG 6/6 H

DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
 CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM REATIVOS

EXAME FÍSICO: REG. LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HÍDR. A.D.

SÓLIDARIEDADE: SEM CONTROLE

CONDIÇÃO:

PRÉ-ANESTÉSICO DE CIRURGIA:

PRÉ-ANESTÉSICO DE CIRURGIA:

SINAL	FC	FR	TEMP
0	68		36,4
12 H			
18 H			
24 H	67		36,2

Dr. Elder Soares
 CRM/RR 1828
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia



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



DATA DE ADMISSÃO 08/12/2016 DIH DN 20/03/1994

PACIENTE **RAFAEL CARLOS DOS SANTOS**

DIAGNÓSTICO **LUXAÇÃO POSTERIOR DE QUADRIL D**

ALERGIAS **NEGA** HAS **NEGA** DM2 **NEGA**
 IDADE **22** LEITO **114-3** DATA **14/12/2016**

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SF 0,9 % 1000 ML EV EM 24 HS LENTO	
3	CEFALOTINA 1G, IV, 6/6HS	
4	GENTAMICINA 240MG, IV, 1X/DIA	SUSPENSO
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA	SUSPENSO
6	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h S/N	SUSPENSO
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	
9	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA	
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N	
13	SSVV + CCGG 6/6 H	
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

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

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	Dr. Elder Soares CRM/RR 1828 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	72x80	72	—	36.0	
12 H	14x70	68	—	36.0	
18 H	120x80	71	—	36.0	
24 H	140x80	82	—	36.0	



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



DATA DE ADMISSÃO		08/12/2016		DIH		DN 20/03/1994	
PACIENTE	RAFAEL CARLOS DOS SANTOS						
DIAGNÓSTICO	LUXAÇÃO POSTERIOR DE QUADRIL D						
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE	22	LEITO	114-3	DATA	16/12/2016		
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						
2	SF 0,9 % 1000 ML EV EM 24 HS LENTO						
3	CEFALOTINA 1G, IV, 6/6HS						SUSPENSO
4	GENTAMICINA 240MG, IV, 1X/DIA						SUSPENSO
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA						SUSPENSO
6	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h S/N						
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA						
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						
9	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA						
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H						
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						
12	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N						
13	SSVV + CCGG 6/6 H						
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

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

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	Dr. Elder Soares CRM/RR 1828 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	115/60	75		36°C	
12 H					
18 H					
24 H	115/80	73		36.5°C	



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE RAFAEL CARLOS DOS SANTOS					
AGNÓSTICO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	120-4	DATA	19/12/2016
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TENOXICAM 20 MG EV 12/12H				10:22
5	OMEPRAZOL 20MG EV PELA MANHA				6
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				14 22 06
7	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				SN
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
11	CURATIVO DIARIO				CURATIVO
12					
13					
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					

SOLICITADO :

CONDUTA :

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA :

6 H	140+	70		36
12 H				
18 H				
24 H	170+	80		36

RODRIGO ANTONIO DE MELO
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.
CRM 1826-RR



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

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, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com trauma fechado em M.I.D. devido a queda
e trânsito em motocicleta.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fractura crânio.

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

História clínica, exame físico e Rx.

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de osso do crânio.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - 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 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Dr. Bruno S. Santos

Ortopedia e Traumatologia

CRM/1047

Título de Especialista

SBOT: TEOT 10408

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

19/12/16

2ª A. 6

0408040

297

5324

12299

PRÉ-ANESTÉSICO

Nome: Rafael Carlos dos Santos Ent: A Leito: 120-4 Sexo: mt
 Sexo: mt Idade: 70 Anos: 170 Classe: 19.12.16 Hora: 11:30
 Diagn. Pré-OP: Fract. de Acetábulo Patol. Assoc.: Trat. Cirúrgico
 Cir. Proposta: Trat. Cirúrgico
 Anest. Ant: nao Sangue Tipo: Leuc: 7.43 Ht: 33.40 Hb: 11.70
 Alergia: nao Hm: 4.19 Ic: 10 Is: 10 p. l. apo: 10
 Alcool: sim Fumo: nao r. Coag: Pg 307.00 Uréia: 10
 DROGAS: (Corticóide, fenotiazínicos, hipotensivos, narcóticos, hipnóticos, digitálicos, anticoagulantes, diuréticos, antibióticos, sulfas, opio,
 casopressor, IMAO, outros)
 Estado Mental: Consciente Boca: MP1
 Pescoço: boa mobilidade Veias: curvas
 RX: —
 Feses: —
 Hepatograma: —
 Outros: TAPA 41" TAP 15" RVI 1.09
 Parâmetros Clínicos: PA 120/70 Pulso: 70 Temperatura: 36°C
 S. Osteo-Art: Fract. abnt
 S. Nerv: curvas curvas espasmos
 S. Endoc: —
 Est. Fis (ASA): I
 NE: —

Medicação Pré - Ant.	DOSE	VIA	HORA

Assinatura: Dr. Marcelo D. Ribeiro
 CRM: 1478

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

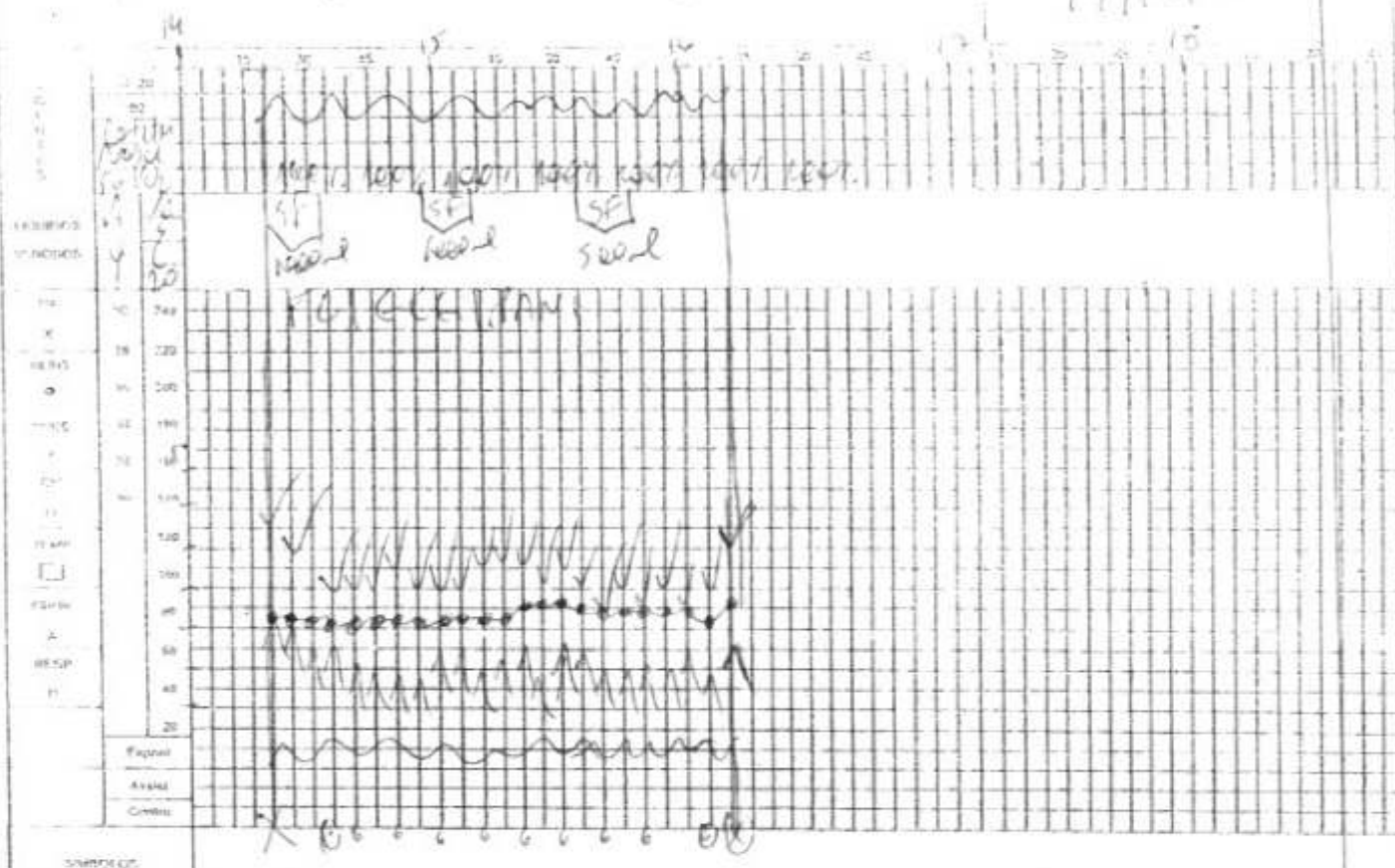
Data: / / Hora: : :
 Assinatura:

Data: / / Hora: : :
 Assinatura:



FD
Alingia

BV-RR
19/12/16



2500

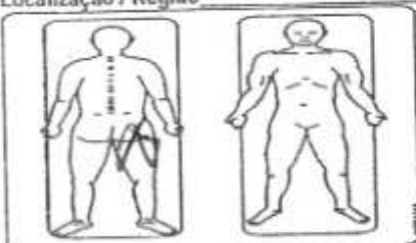
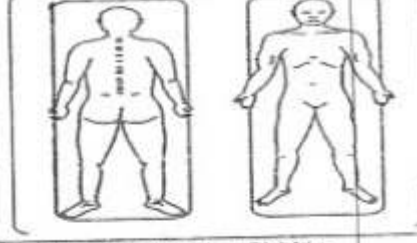
2500 f

Claudio: Meets / likes / respects
 Maria / Armando / Jorge
 Ana: Enjoys / Catches the ball -
 Luis: Admires
 Guillermo: Teaches *nada*
 - *el* **TEMPO DE ENTREVISTA**

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

am. Hospital
5 - Pentaval vaccine + DPT
0.5 mg
6 - Epidural
 $\frac{1}{2} \times 10 = 0.5$
Dose 5-10.

Nome: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

<p>DATA: 21/02/16</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU - I</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II</p>	<p>Localização / Região</p> 	<p>DATA:</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU - I</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU - II</p>	<p>Localização / Região</p> 
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> on neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> on neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:	
Tamanho da Ferida:	<p>Comprimento: cm Largura: cm</p> <p>Profundidade: cm</p>	<p>Comprimento: cm Largura: cm</p> <p>Profundidade: cm</p>	
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input checked="" type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<p>21/02/16</p>		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	<p>01- [Assinatura]</p>	<p>02- LUCIANA</p>	<p>01- [Assinatura]</p>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	<p>[Assinatura]</p>		

OBS:	OBS:



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Rafael Carlos dos Santos ANOS, 28
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 08/12/16, COM
DIAGNÓSTICO DE Lesão por trauma de quadril e fêmur de alto-
19 12 16
NO DIA 19/12/16, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE oste-

OPERADO PELO DR. Dr. Montenegro E DR. Dr. Figueiredo
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 22/12/16, ÀS 16 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 22/12/16, ÀS 16, COM O
DR. Dr. Figueiredo

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. Figueiredo

Dr. Rodrigo A. Melo
Residente de Ortopedia
e Traumatologia
CRM-RR 1826

MÉDICO

BOA VISTA, 22/12/16



D

RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

BLOCO/A L/114-3

12/12/2016 12:29:38

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

57,5 %





Resultado de Exames

Paciente: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

Requisição: 20098134

Origem: HGR

Setor: BLOCO A

Leito: 120-4

Sexo: M Nasc: 20/03/1994 Idade: 22A

Coleta: 19/12/2016 09:56:38

Emissão: 19/12/2016 11:38:13

Coagulograma

Material: Sangue Total

Método: Leitura Manual

TTPA	41"
Atividade Enzimática	-
Tempo de Protrombina (TAP)	15"
RNI	1.09

Referência

27 - 38

70 - 100

10 - 14

1.0 - 1.08 (2.0-3.5)

Observação:

Wellington R. S. Cizino de Paiva
Farmacêutico Bioquímico
CRF-RR 160



Resultado de Exames

Paciente: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

Sexo: M Nasc: 20/03/1994 Idade: 22A

Requisição: 20098134

Setor: BLOCO A

Coleta: 19/12/2016 09:56:38

Origem: HGR

Leito: 120-4

Emissão: 19/12/2016 11:38:13

Hemograma com contagem de plaquetas

Material: Sangue Total

Método: Automatizado Mindray BC-5380

Leucograma

			Referência
LEUCOCITOS	7.43	$\times 10^3/\mu\text{L}$	4.00 - 10.00
NEUTROFILOS	63.90	%	50.0 - 70.0
LINFOCITOS	26.20	%	20.0 - 40.0
MONOCITOS	5.40	%	3.0 - 12.0
EOSINOFILOS	3.70	%	0.5 - 5.0
ASOFILOS	0.80	%	0.0 - 1.0

Eritrograma

			Referência
ERITROCITOS	4.19	$\times 10^6/\mu\text{L}$	3.50 - 5.50
HEMOGLOBINA	11.70	g/dL	11.0 - 16.0
HEMATOCRITO	33.90	%	37.0 - 54.0
VCM	80.80	ug/mL	80.0 - 100.0
HCM	27.90	pg	27.0 - 34.0
CHCM	34.60	g/dL	32.0 - 36.0
RDW CV	12.50	%	11.0 - 16.0
RDW SD	43.60	fL	35.0 - 56.0

Plaquetograma

			Referência
PLAQUETAS	307.00	$\times 10^3/\mu\text{L}$	150 - 450
MPM	6.60	fL	6.5 - 12.0
ADP	15.20		9.0 - 17.0
PCT	0.203	%	1.08 - 2.82

Denise Calheiros Pena
Farmacêutica Bioquímica
CRF-RR 089



Resultado de Exames

Paciente: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

Requisição: 20098134

Origem: HGR

Setor: BLOCO A

Leito: 120-4

Sexo: M Nasc: 20/03/1994 Idade: 22A

Coleta: 19/12/2016 09:56:38

Emissão: 19/12/2016 11:38:13

Exames

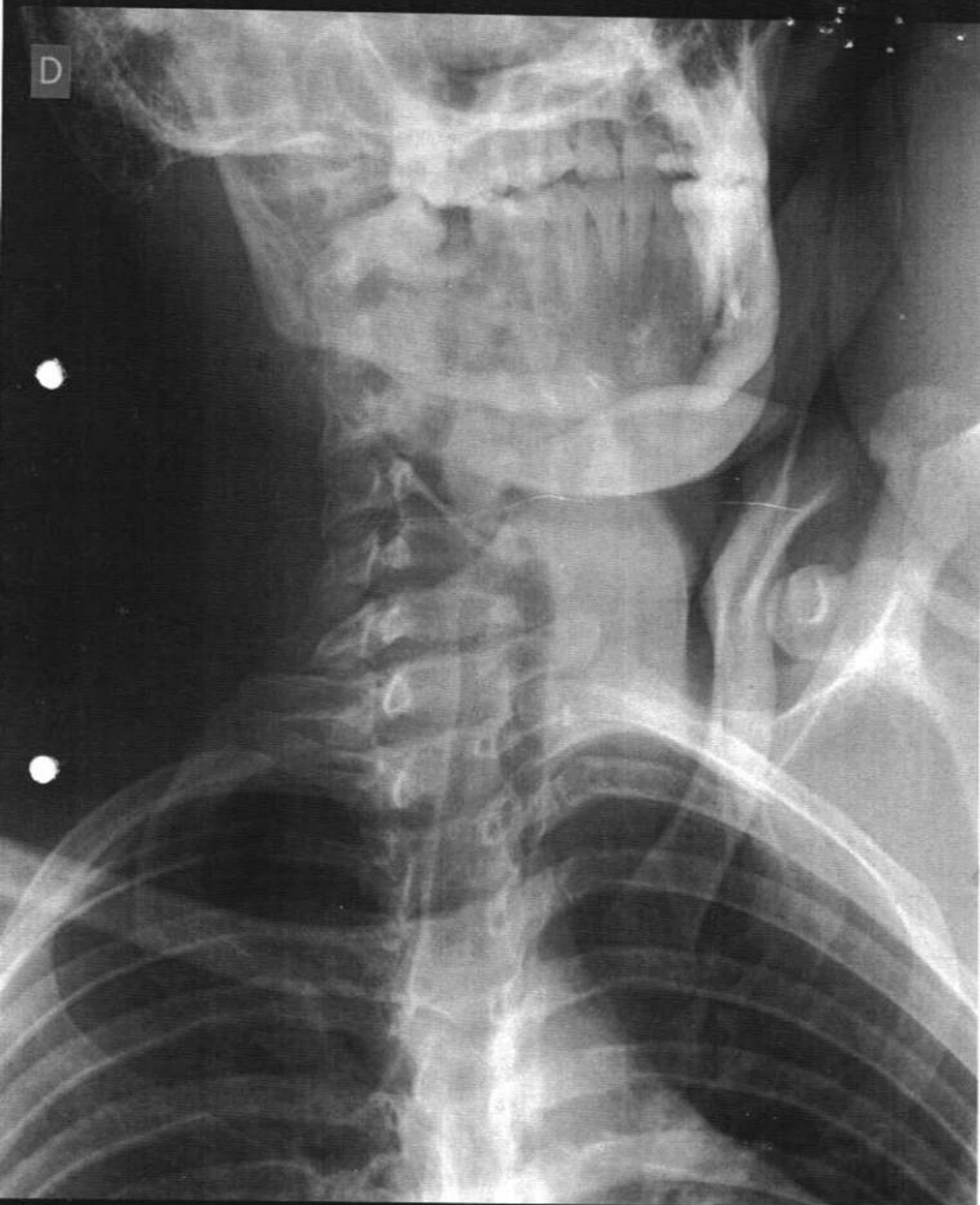
Material: Soro

Método: Automatizado Mindray BS-380

			Referência
CREATININA	0.86	mg/dL	0.4 - 1.4
GLICOSE	89.59	mg/dL	65.0 - 99.0
UREIA	45.14	mg/dL	15.0 - 45.0

Edinalva S. Oliveira
Farmacêutica Bioquímica
CRF-RR 399

D



RAFAEL CARLOS

8/12/2016 20:28:06

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

73.1%

D



RAFAEL CARLOS

BLOCO/A LM20-4

20/12/2016 07:49:30

57.5%

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

D

X



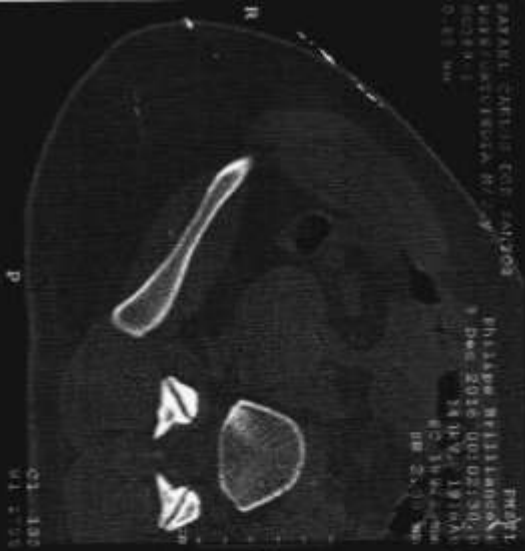
RAFAEL CARLOS

8/12/2016 20:28:06

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

53.7%

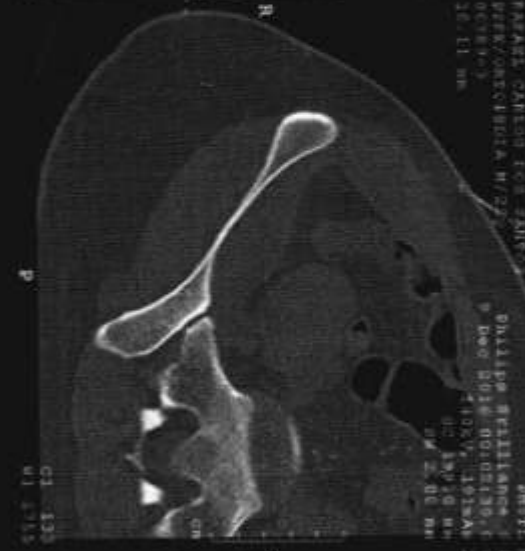
PATIENT: CARLOS FOR SANTOS
DATE: 2016-01-01 10:30:00
PHILIPS
140KV, 191mA, 2.00 mm
SC 159.0 mm
SW 2.00 mm



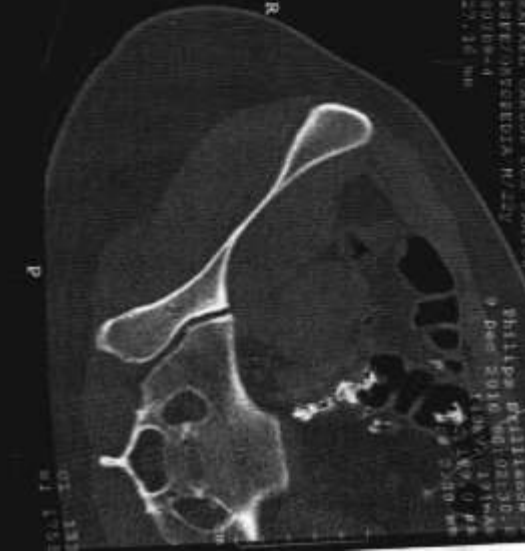
PATIENT: CARLOS FOR SANTOS
DATE: 2016-01-01 10:30:00
PHILIPS
140KV, 191mA, 2.00 mm
SC 159.0 mm
SW 2.00 mm



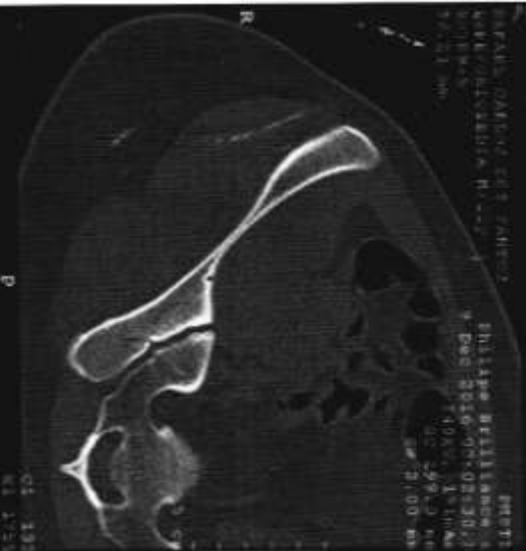
PATIENT: CARLOS FOR SANTOS
DATE: 2016-01-01 10:30:00
PHILIPS
140KV, 191mA, 2.00 mm
SC 159.0 mm
SW 2.00 mm



PATIENT: CARLOS FOR SANTOS
DATE: 2016-01-01 10:30:00
PHILIPS
140KV, 191mA, 2.00 mm
SC 159.0 mm
SW 2.00 mm



PATIENT: CARLOS FOR SANTOS
DATE: 2016-01-01 10:30:00
PHILIPS
140KV, 191mA, 2.00 mm
SC 159.0 mm
SW 2.00 mm



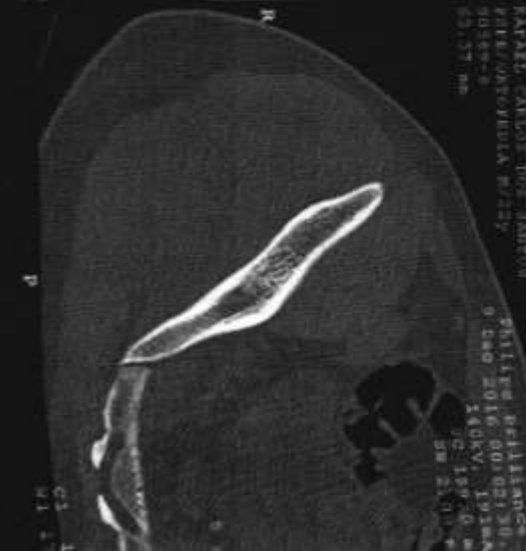
PATIENT: CARLOS FOR SANTOS
DATE: 2016-01-01 10:30:00
PHILIPS
140KV, 191mA, 2.00 mm
SC 159.0 mm
SW 2.00 mm



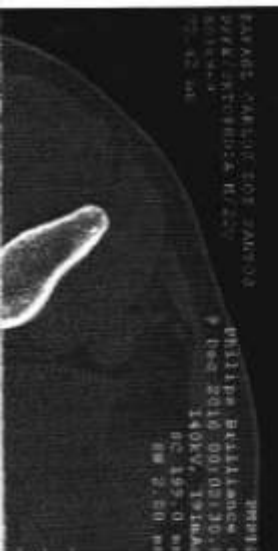
PATIENT: CARLOS FOR SANTOS
DATE: 2016-01-01 10:30:00
PHILIPS
140KV, 191mA, 2.00 mm
SC 159.0 mm
SW 2.00 mm



PATIENT: CARLOS FOR SANTOS
DATE: 2016-01-01 10:30:00
PHILIPS
140KV, 191mA, 2.00 mm
SC 159.0 mm
SW 2.00 mm



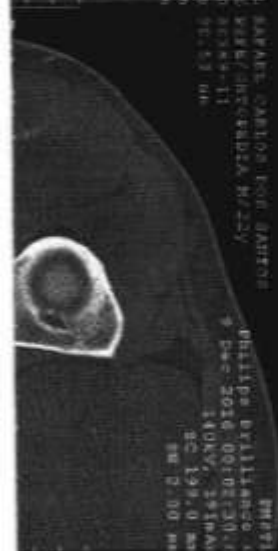
PATIENT: CARLOS FOR SANTOS
DATE: 2016-01-01 10:30:00
PHILIPS
140KV, 191mA, 2.00 mm
SC 159.0 mm
SW 2.00 mm



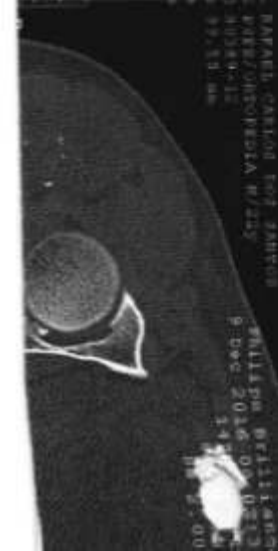
PATIENT: CARLOS FOR SANTOS
DATE: 2016-01-01 10:30:00
PHILIPS
140KV, 191mA, 2.00 mm
SC 159.0 mm
SW 2.00 mm



PATIENT: CARLOS FOR SANTOS
DATE: 2016-01-01 10:30:00
PHILIPS
140KV, 191mA, 2.00 mm
SC 159.0 mm
SW 2.00 mm



PATIENT: CARLOS FOR SANTOS
DATE: 2016-01-01 10:30:00
PHILIPS
140KV, 191mA, 2.00 mm
SC 159.0 mm
SW 2.00 mm



PHILIPS RADIATION
DATE: 2016-01-20 11:15:00
PATIENT: CARLOS FOR SANTOS
CL 133
SI 2755



PHILIPS RADIATION
DATE: 2016-01-20 11:15:00
PATIENT: CARLOS FOR SANTOS
CL 133
SI 2755



PHILIPS RADIATION
DATE: 2016-01-20 11:15:00
PATIENT: CARLOS FOR SANTOS
CL 133
SI 2755



PHILIPS RADIATION
DATE: 2016-01-20 11:15:00
PATIENT: CARLOS FOR SANTOS
CL 133
SI 2755



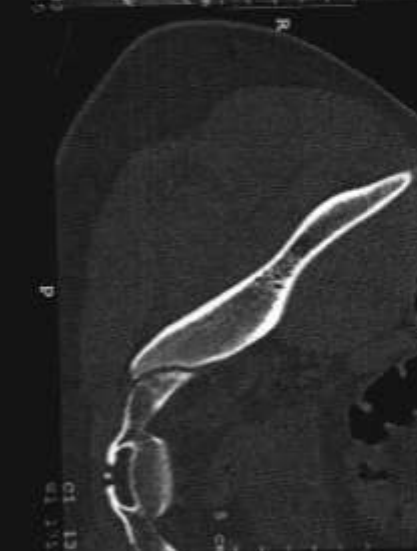
PHILIPS RADIATION
DATE: 2016-01-20 11:15:00
PATIENT: CARLOS FOR SANTOS
CL 133
SI 2755



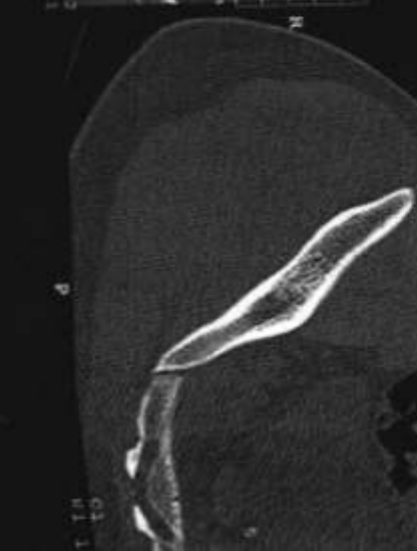
PHILIPS RADIATION
DATE: 2016-01-20 11:15:00
PATIENT: CARLOS FOR SANTOS
CL 133
SI 2755



PHILIPS RADIATION
DATE: 2016-01-20 11:15:00
PATIENT: CARLOS FOR SANTOS
CL 133
SI 2755



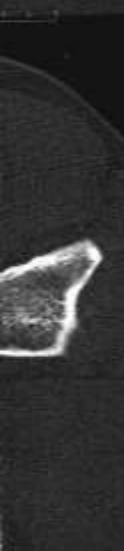
PHILIPS RADIATION
DATE: 2016-01-20 11:15:00
PATIENT: CARLOS FOR SANTOS
CL 133
SI 2755



PHILIPS RADIATION
DATE: 2016-01-20 11:15:00
PATIENT: CARLOS FOR SANTOS
CL 133
SI 2755



PHILIPS RADIATION
DATE: 2016-01-20 11:15:00
PATIENT: CARLOS FOR SANTOS
CL 133
SI 2755



PHILIPS RADIATION
DATE: 2016-01-20 11:15:00
PATIENT: CARLOS FOR SANTOS
CL 133
SI 2755



PHILIPS RADIATION
DATE: 2016-01-20 11:15:00
PATIENT: CARLOS FOR SANTOS
CL 133
SI 2755



REFEEL CARLOS DOB SANTOS
PREFE/OPTOPEDIA M/22y
30 m3

PM
Philip's Billiard
9 Dec 2016 00:04:4
SL 346.0



20 cm

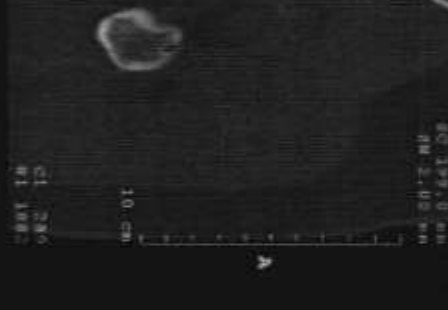
F

CL 455
WL 828

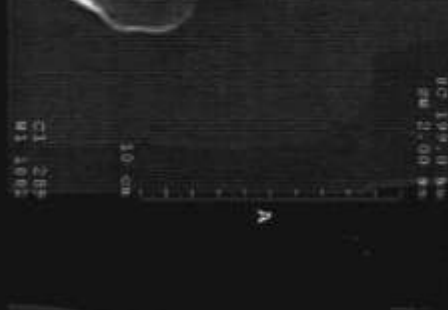
PARAL CARLOS DOS SANTOS
PILIPES BELLANCA & PERE/OCTOBERIA M/22Y
9 Dec 2016 00:02:30.0 80393-1
140KV, 191MA 6.11 m
SC 199.0 m
BW 2.00 m



PARAL CARLOS DOS SANTOS
PILIPES BELLANCA & PERE/OCTOBERIA M/22Y
9 Dec 2016 00:02:30.0 80393-2
140KV, 191MA 17.21 m
SC 199.0 m
BW 2.00 m



PARAL CARLOS DOS SANTOS
PILIPES BELLANCA & PERE/OCTOBERIA M/22Y
9 Dec 2016 00:02:30.0 80393-3
140KV, 191MA 18.22 m
SC 199.0 m
BW 2.00 m



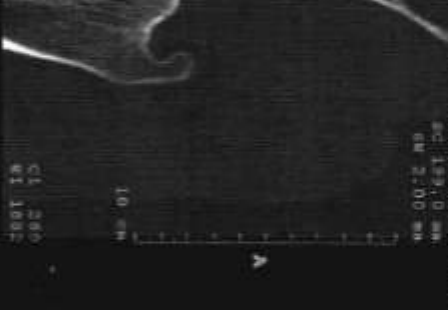
PARAL CARLOS DOS SANTOS
PILIPES BELLANCA & PERE/OCTOBERIA M/22Y
9 Dec 2016 00:02:30.0 80393-4
140KV, 191MA 18.22 m
SC 199.0 m
BW 2.00 m



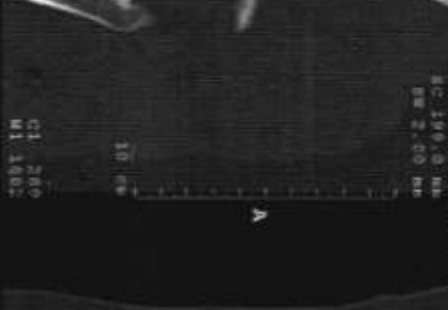
PARAL CARLOS DOS SANTOS
PILIPES BELLANCA & PERE/OCTOBERIA M/22Y
9 Dec 2016 00:02:30.0 80393-5
140KV, 191MA 20.53 m
SC 199.0 m
BW 2.00 m



PARAL CARLOS DOS SANTOS
PILIPES BELLANCA & PERE/OCTOBERIA M/22Y
9 Dec 2016 00:02:30.0 80393-6
140KV, 191MA 26.63 m
SC 199.0 m
BW 2.00 m



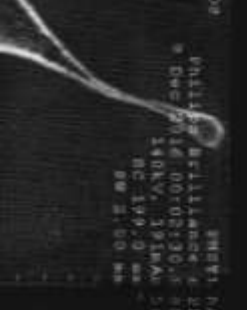
PARAL CARLOS DOS SANTOS
PILIPES BELLANCA & PERE/OCTOBERIA M/22Y
9 Dec 2016 00:02:30.0 80393-7
140KV, 191MA 32.71 m
SC 199.0 m
BW 2.00 m



PARAL CARLOS DOS SANTOS
PILIPES BELLANCA & PERE/OCTOBERIA M/22Y
9 Dec 2016 00:02:30.0 80393-8
140KV, 191MA 38.80 m
SC 199.0 m
BW 2.00 m



PARAL CARLOS DOS SANTOS
PILIPES BELLANCA & PERE/OCTOBERIA M/22Y
9 Dec 2016 00:02:30.0 80393-9
140KV, 191MA 39.80 m
SC 199.0 m
BW 2.00 m



PARAL CARLOS DOS SANTOS
PILIPES BELLANCA & PERE/OCTOBERIA M/22Y
9 Dec 2016 00:02:30.0 80393-10
140KV, 191MA 41.90 m
SC 199.0 m
BW 2.00 m

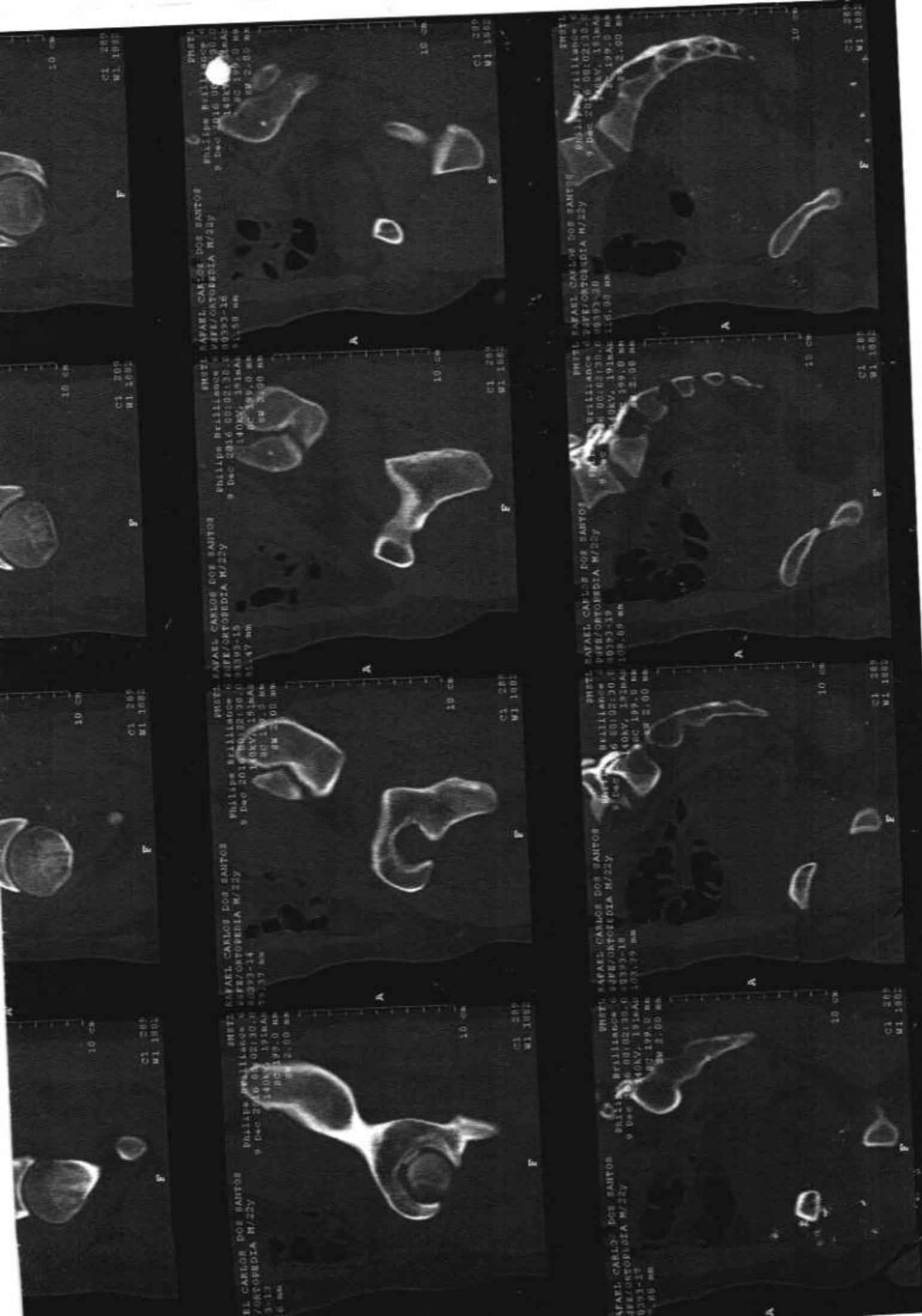


PARAL CARLOS DOS SANTOS
PILIPES BELLANCA & PERE/OCTOBERIA M/22Y
9 Dec 2016 00:02:30.0 80393-11
140KV, 191MA 47.10 m
SC 199.0 m
BW 2.00 m



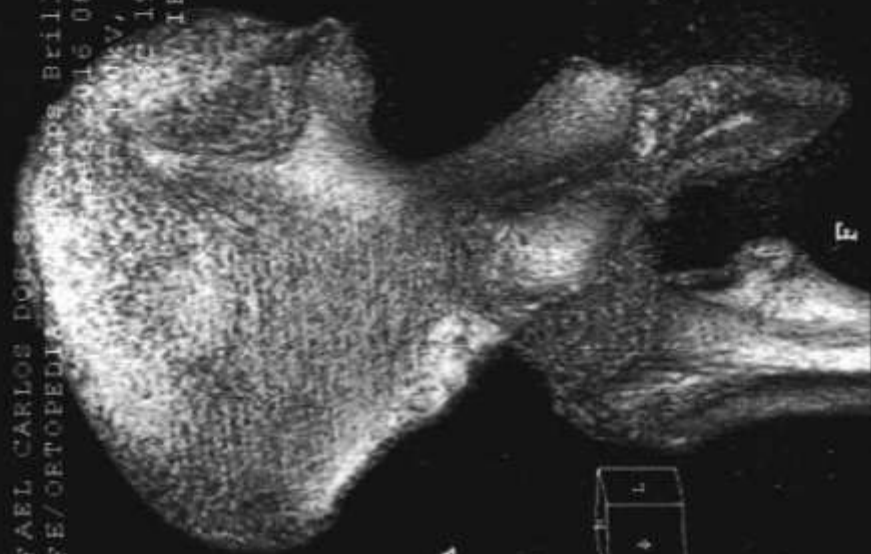
PARAL CARLOS DOS SANTOS
PILIPES BELLANCA & PERE/OCTOBERIA M/22Y
9 Dec 2016 00:02:30.0 80393-12
140KV, 191MA 47.10 m
SC 199.0 m
BW 2.00 m





PMSTL RAFAEL CARLOS DOS S
PSFE/ORTOPEDIA M/22Philips Brilliance
9 Dec 2016 00:02:30 3
140kV, 191mA
SC 199.0 mm
IE -1.10

PMSTL RAFAEL CARLOS DOS S
PSFE/ORTOPEDIA M/22Philips Brilliance
9 Dec 2016 00:02:30 3
140kV, 191mA
SC 199.0 mm
IE -1.10



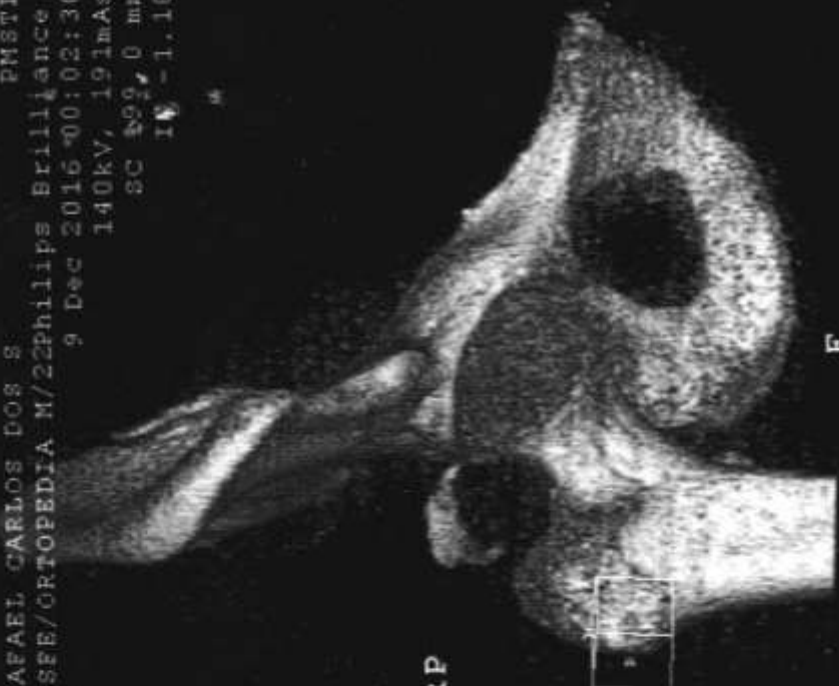
R

F



RP

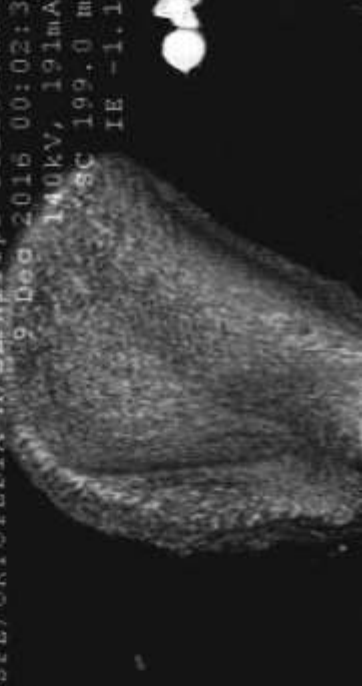
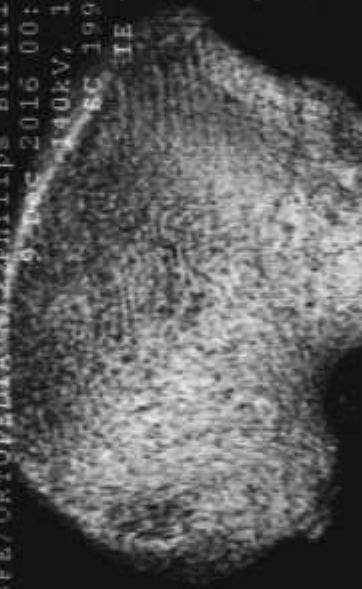
F



F

PMSTL RAFAEL CARLOS DOS S
PSFE/ORTOPEDIA M/22Philips Brilliance
9 Dec 2016 00:02:30 3
140kV, 191mA
SC 199.0 mm
IE -1.10

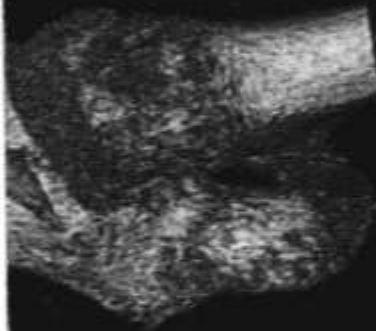
PMSTL RAFAEL CARLOS DOS S
PSFE/ORTOPEDIA M/22Philips Brilliance
9 Dec 2016 00:02:30 3
140kV, 191mA
SC 199.0 mm
IE -1.10



PL



F



F



F

PMSTL RAFAEL CARLOS DOS S

ESPE/ORTOPEDIA M/22Philips Brilliance

9 Dec 2016 00:02:30 3

140kV, 191mA

SC 199.0 mm

IE -1.10

PMSTL RAFAEL CARLOS DOS S

ESPE/ORTOPEDIA M/22Philips Brilliance

9 Dec 2016 00:02:30 3

140kV, 191mA

SC 199.0 mm

IE -1.10

PMSTL RAFAEL CARLOS DOS S

ESPE/ORTOPEDIA M/22Philips Brilliance

9 Dec 2016 00:02:30 3

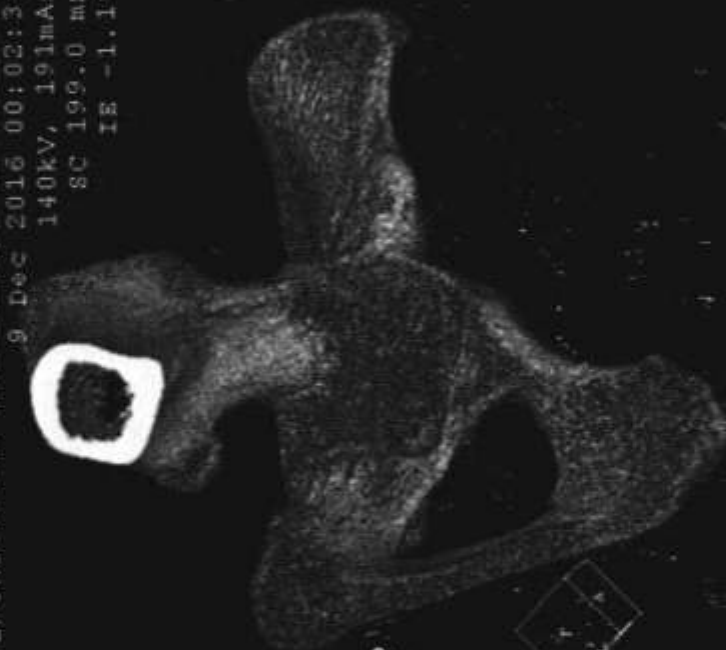
140kV, 191mA

SC 199.0 mm

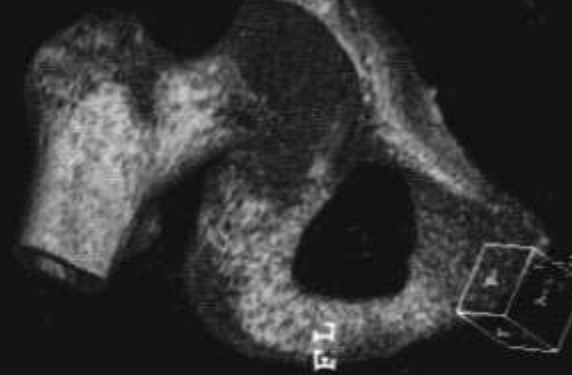
IE -1.10



LP



LA



FL

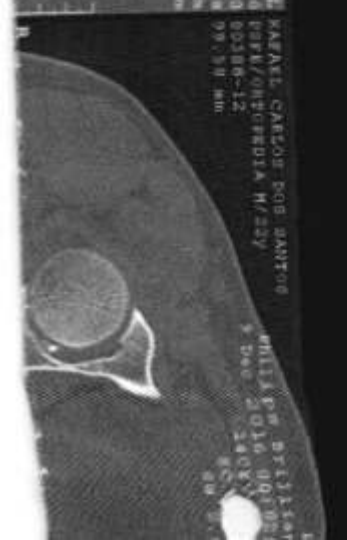
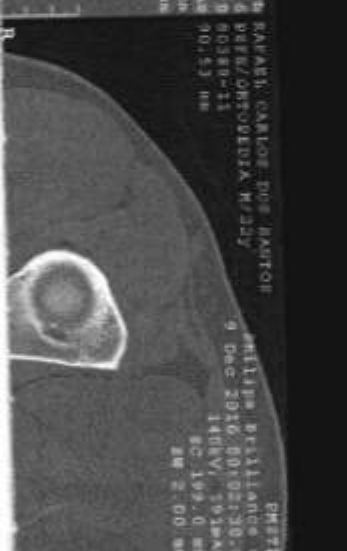
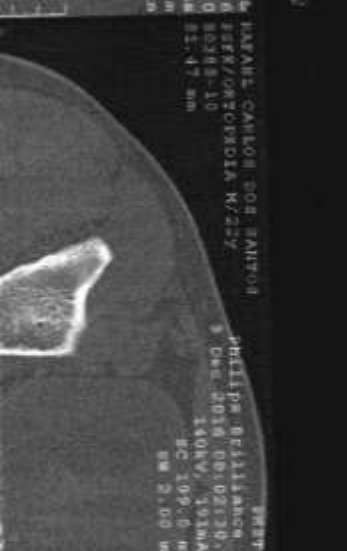
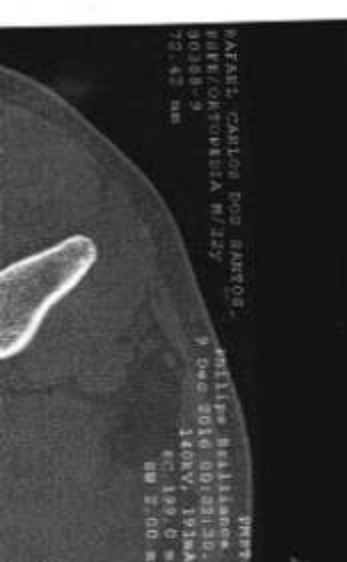
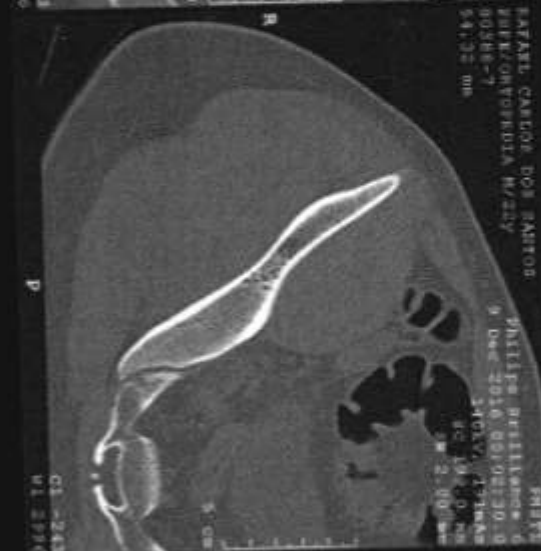
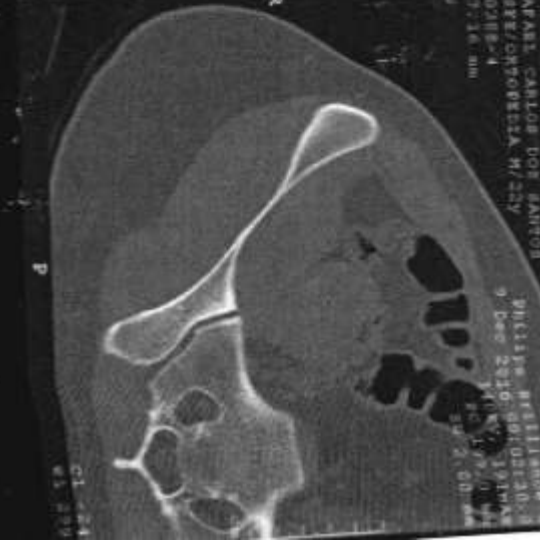
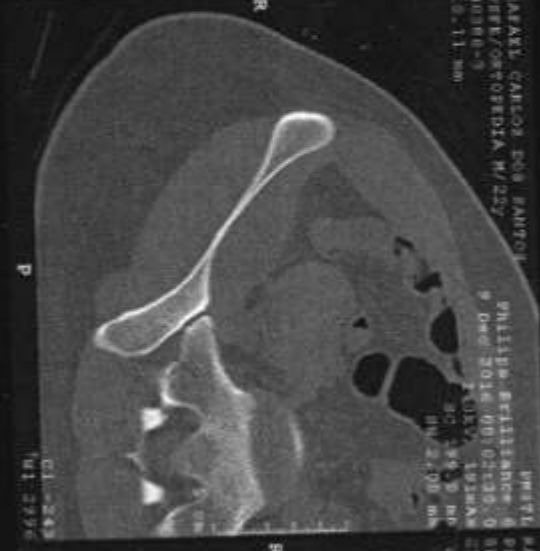
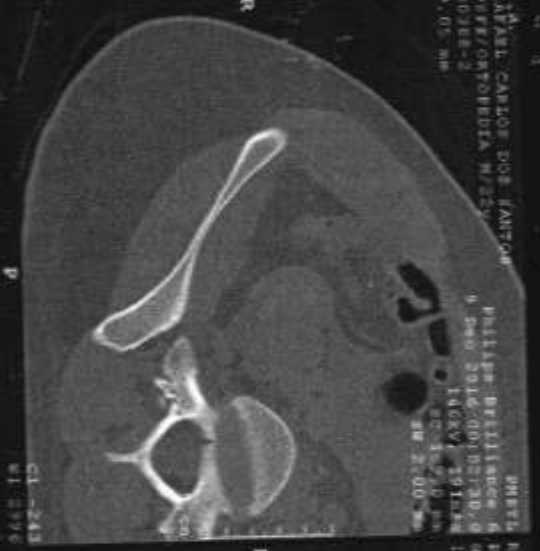


LAH

PL



F





CI-243
MI-2996



CI-243
MI-2996



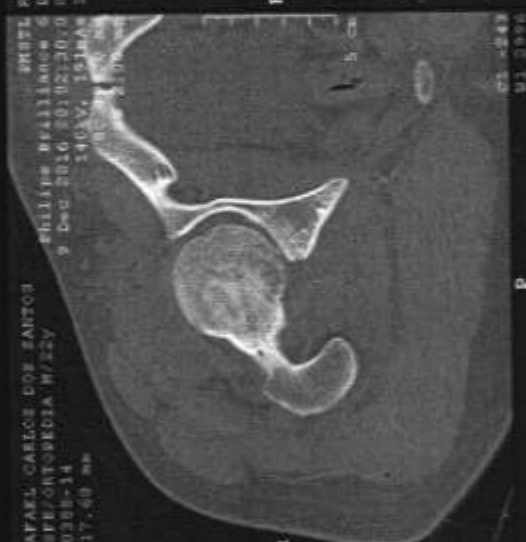
CI-243
MI-2996



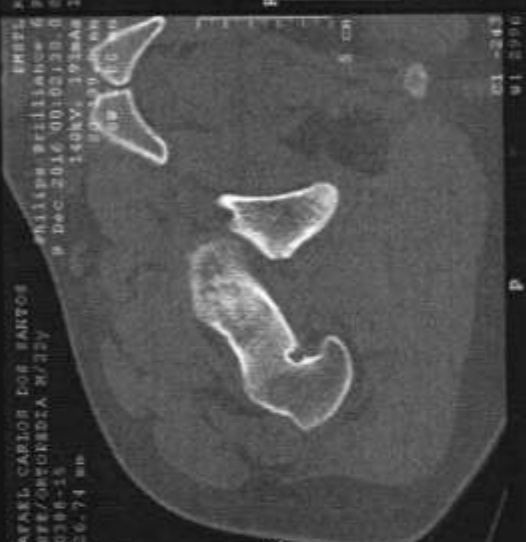
CI-243
MI-2996



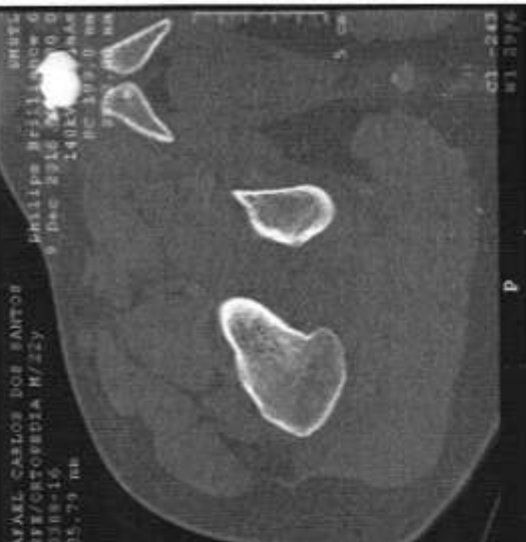
CI-243
MI-2996



CI-243
MI-2996



CI-243
MI-2996



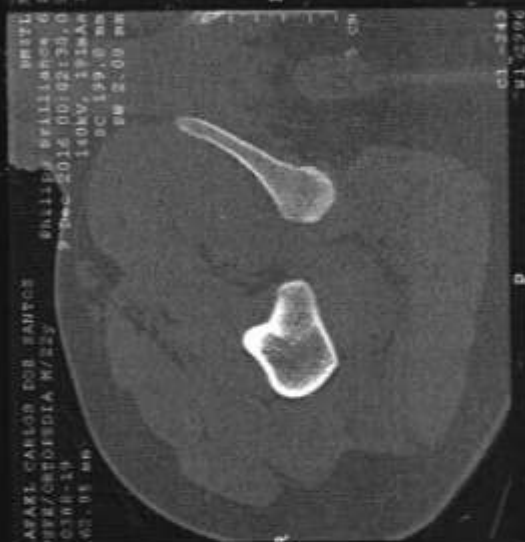
CI-243
MI-2996



CI-243
MI-2996



CI-243
MI-2996



CI-243
MI-2996



CI-243
MI-2996

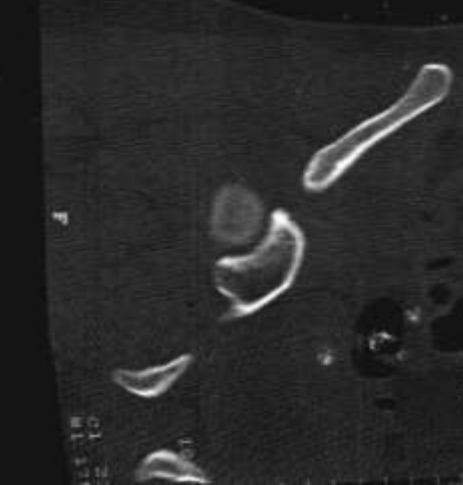
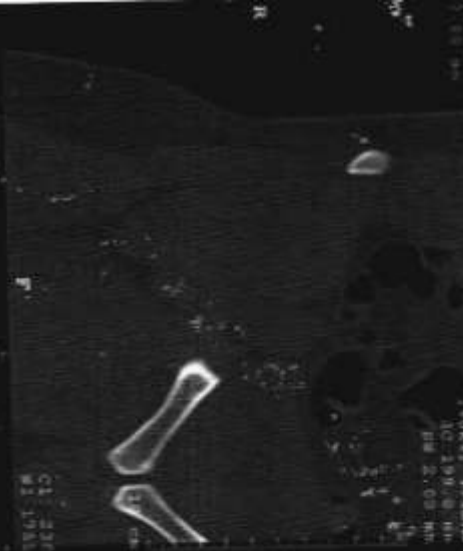
PAFAT CARLOS DOB SANTOS

PHILIPS Brilliance 6.000/ORTHOEDIA W/22V

9 Dec 2016 00:02:30.0 60390-4
140KV, 191mA, 4.21 mAs
AC 199.0 mAs
SC 199.0 mAs
SW 2.00 mAs

PHILIPS Brilliance 6.000/ORTHOEDIA W/22V

9 Dec 2016 00:02:30.0 60390-4
140KV, 191mA, 4.21 mAs
AC 199.0 mAs
SC 199.0 mAs
SW 2.00 mAs



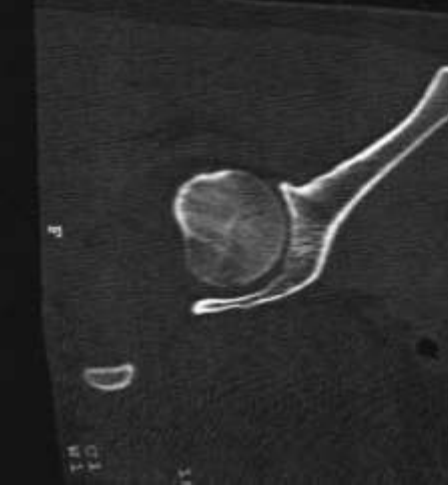
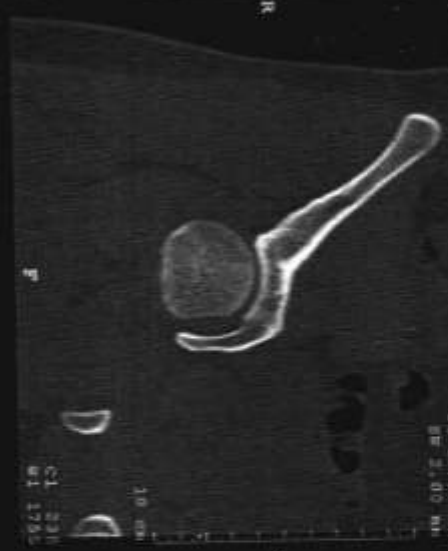
PAFAT CARLOS DOB SANTOS

PHILIPS Brilliance 6.000/ORTHOEDIA W/22V

9 Dec 2016 00:02:30.0 60390-6
140KV, 191mA, 4.21 mAs
AC 199.0 mAs
SC 199.0 mAs
SW 2.00 mAs

PHILIPS Brilliance 6.000/ORTHOEDIA W/22V

9 Dec 2016 00:02:30.0 60390-8
140KV, 191mA, 4.21 mAs
AC 199.0 mAs
SC 199.0 mAs
SW 2.00 mAs



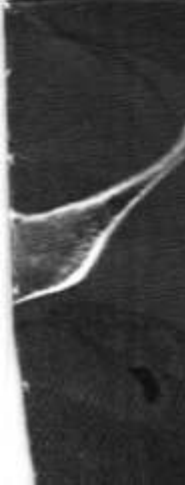
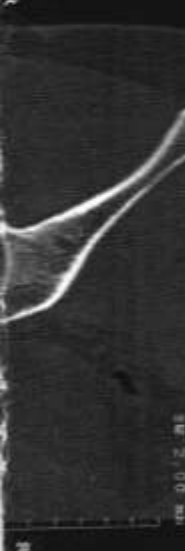
PAFAT CARLOS DOB SANTOS

PHILIPS Brilliance 6.000/ORTHOEDIA W/22V

9 Dec 2016 00:02:30.0 60390-10
140KV, 191mA, 4.21 mAs
AC 199.0 mAs
SC 199.0 mAs
SW 2.00 mAs

PHILIPS Brilliance 6.000/ORTHOEDIA W/22V

9 Dec 2016 00:02:30.0 60390-12
140KV, 191mA, 4.21 mAs
AC 199.0 mAs
SC 199.0 mAs
SW 2.00 mAs





CI 238
MI 1755



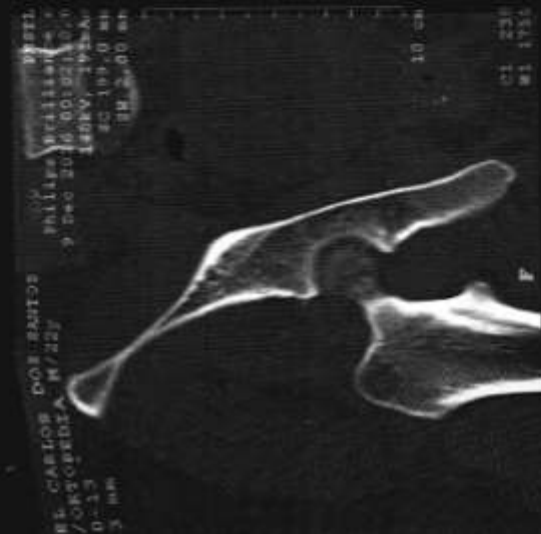
CI 238
MI 1755



CI 238
MI 1755



CI 238
MI 1755



CI 238
MI 1755



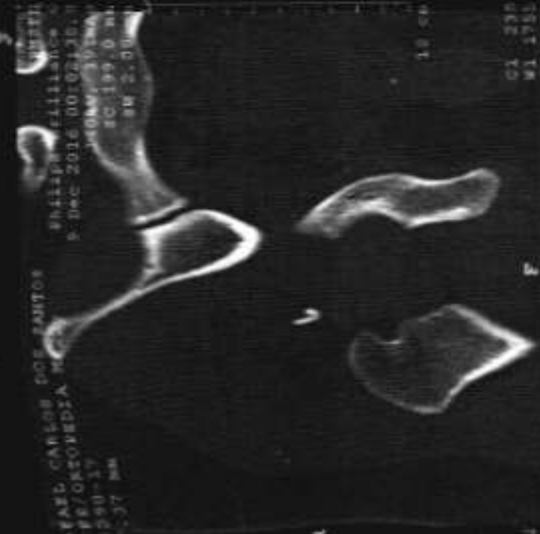
CI 238
MI 1755



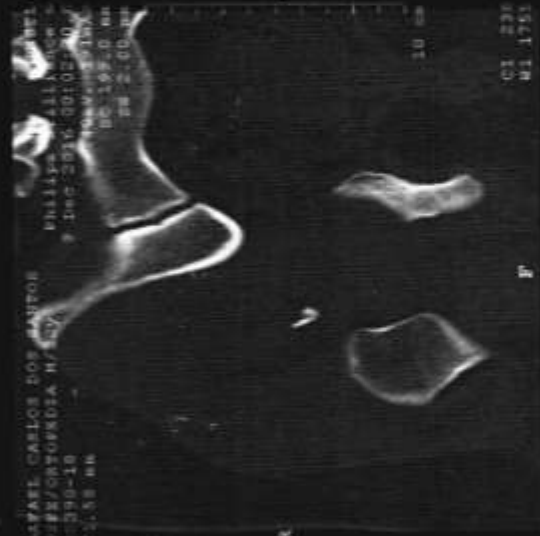
CI 238
MI 1755



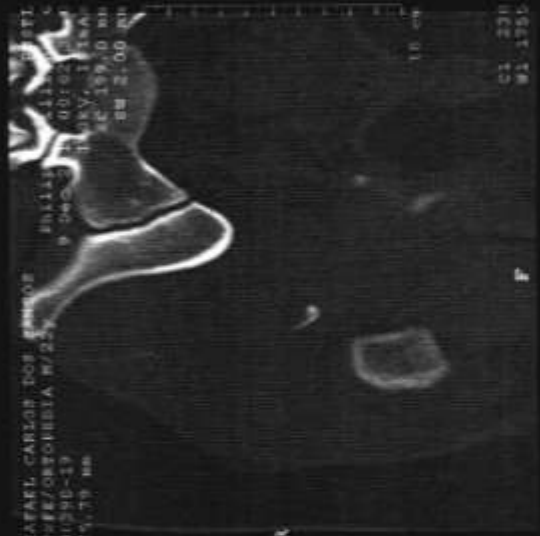
CI 238
MI 1755



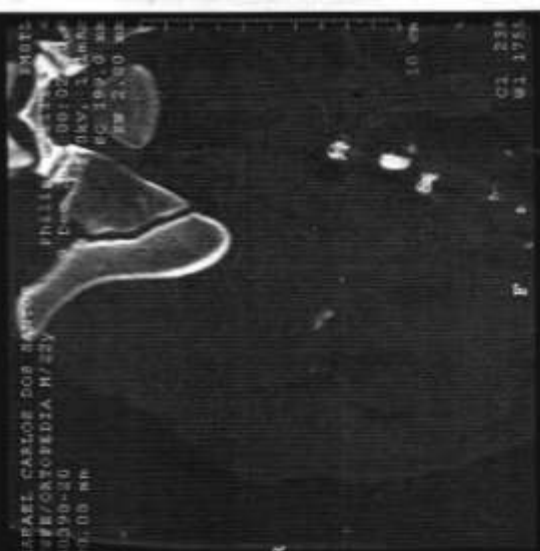
CI 238
MI 1755



CI 238
MI 1755



CI 238
MI 1755



CI 238
MI 1755

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ



Polgar Direito



Rafael Carlos dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

330764-6

DATA DE
EXPEDIÇÃO

29/08/2018

NOME

RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

FILIAÇÃO

CARLOS MAGNO BATISTA DOS SANTOS
MARIA SIMONE DOS SANTOS

NATURALIDADE
ITACOATIARA - AM

DATA DE NASCIMENTO
20/03/1994

DOC. ORIGEM

CERTD NASC 48980 FLS 07 LIV 72
2º OF ITACOATIARA-AM

CPF

018.792.852-58

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Ponto de Expediente do Instituto Cruz
Bairro do Rio

P1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2013

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: SAV Equipe: la Paz Guerra, Bispo
 Paciente: Rafael Carlos dos Santos Idade: 22a Sexo: M
 Endereço: Rua Mestre Albano - Cambaia
 Nº: 22149 DATA: 08/12/16 HORA: 19:50
 Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Anderson J/10: 19:58

☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO

AUTOMÓVEL Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Vítima <input type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada Air Bag: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Motorista: <input type="checkbox"/> dianteiro <input type="checkbox"/> traseiro Passageiro: <input type="checkbox"/> dianteiro <input type="checkbox"/> traseiro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão	MOTO: <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ? <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão <u>carro</u> BICICLETA: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão	VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro:	OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão animal <input type="checkbox"/> Outros:
--	--	---	--

Vias Aéreas <input checked="" type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Outro:	Ventilação <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> Maciez <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	Circulação <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente	Avai. Neurológica <input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Otorrria <input type="checkbox"/> Otorragia <input type="checkbox"/> Rinorragia <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV
--	--	--	--

Hora	P.A. mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	Glicemia	Trauma	APGAR
Início		136	28	97	-	-	
Fim							

Pele <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Queimada <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante <u>CC + Bc</u>	Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular	Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento	Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração
Pelve <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor	Membros <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Luxações <u>femur D</u> <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação			

<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Flutter	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação entricular <input type="checkbox"/> Assístolia	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecçiosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input checked="" type="checkbox"/> Outra <u>TRAUMA</u>	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros
---	---	---	--	--	--

Assinatura e Carimbo: GALANDER (Unidade de Destino)

08 DEZ 2016

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAL Em 30/11/18

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA: Sophiane Rubric

☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento
☐ Não se encontrava no local
☐ Recusa de hospitalização
☐ Troca
☐ Bombeiro no local:

☐ Iniciada as: ☐ Término as:

☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso
☐ Obs.:

Atendido no local
 Trauma HGR
 Pronto Atendimento
 Corredor Mota

Cosme e Silva
 HCSA
 Maternidade
 Outros

SAMU 192-BV
 CONFERE COM
 ORIGINAL
 Em 30/11/18
 Lyhanie
 Rubric

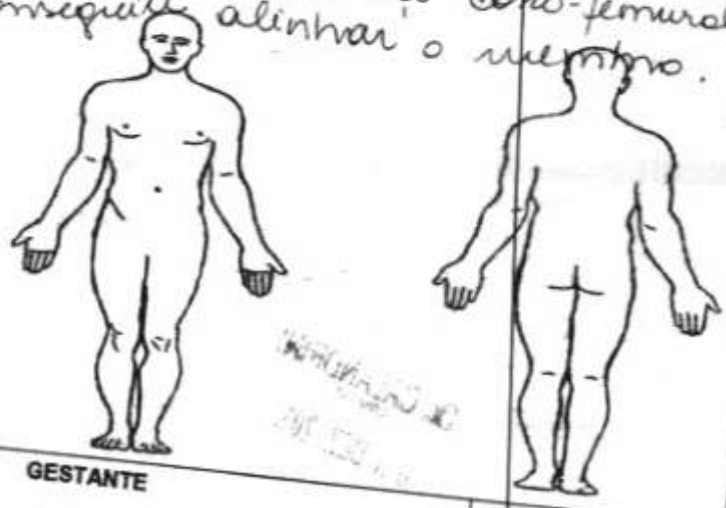
ERTENCE DO PACIENTE
 Descrição:
 Nome do Receptor:
 Função do Receptor:
 Assinatura do Receptor:

TERMO DE RECUS
 Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade.
 Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

Chegado ao BTH paciente em via pública com lesão de ferimento de H/D. Ferimento linear e profundo na região do antebraço para Hospital

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Adulto	Menores de 5 anos	Escala	Resposta	10-24	25-35	36-45	46-55
Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	Resposta verbal	1	2	3	4
Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3	Resposta motora	1	2	3	4
Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2	Resposta motora	1	2	3	4
Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	Resposta motora	1	2	3	4
Orientado			Resposta motora	1	2	3	4
Confuso			Resposta motora	1	2	3	4
Palavras inapropriadas			Resposta motora	1	2	3	4
Sons ou gemidos			Resposta motora	1	2	3	4
Nenhuma			Resposta motora	1	2	3	4
Obedece solicitações			Resposta motora	1	2	3	4
Localiza a dor			Resposta motora	1	2	3	4
Flexão normal			Resposta motora	1	2	3	4
Flexão anormal			Resposta motora	1	2	3	4
Extensão a dor			Resposta motora	1	2	3	4
Nenhuma			Resposta motora	1	2	3	4

* Paciente vítima de acidente de moto (x carro). Sentado, sem capote, dentro da moto. Foi imobilizado com colar cervical + prancha não apresentando possível luxação C6-C7 e pela dor superior não se conseguiu alinhar o membro. Conduzido ao HGR/GT



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 22 MAR 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 Rua Cordeiro de Figueiredo, 111 - Boa Vista - RJ
 MATERIAL E MEDICAÇÃO

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____
 Perda de líquido: _____ BCF: _____
 [] Com cartão [] Sem cartão

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 01879285258 Nome completo da vítima: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS CPF: 01879285258

Profissão: CONFEITEIRO Endereço: R: VICENTE F MENO Número: 56 Complemento: _____

Bairro: CAMBARA Cidade: BOA VISTA Estado: RR CEP: 69.313-472

E-mail: LOANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM Tel (DDD): (095)99116.8367

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDAS MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3436 CONTA: 01075231 5

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não de invalidez permanente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: BOA VISTA, 25/02/2019.

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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 041083/2016/PLANTÃO CENTRAL**

O Sr.º

NOME: **RAFAEL CARLOS DOS SANTOS**

RG : **330764-6 SSP/RR**

SEXO: **MASCULINO**

DATA DE NASCIMENTO:

TELEFONE: **99126-3226**

ENDEREÇO: **RUA - VICENTE FIGUEIREDO MELO, 56**

BAIRRO: **CAMBARÁ**



O comunicante compareceu nesta especializa, para acrescentar/corrigir no Boletim de Ocorrência supracitado os Dados do Veículo e o nome do Proprietário.

- **MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN ES;**
- **PLACA NAM 1573;**
- **COR - PRETA;**
- **ANO - 2006/2006;**
- **CHASSI 9C2KC085006B831370;**
- **RENAVAM 00878104941;**
- **ROMULO NASCIMENTO DE SOUZA CRUZ (PROPRIETÁRIO);**

Agente Carcerário de Polícia Civil
Givanildo da Silva Vieira
Matrícula: 042000855

Boa Vista - RR, 13 de Março de 2019.

RAFAEL CARLOS DOS SANTOS
Comunicante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041083/2016

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/12/2016 23:57 Data/Hora Fim: 09/12/2016 00:22
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM 806039 SÉRIE J Data: 08/12/2016
Delegado de Polícia: Elisa Alice Lopes Reis Mendonça

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 08/12/2016 20:38

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Rua Mestre Albano

Ponto de Referência: nº 4317

Tipo do Local: Via Pública



Bairro: Cambará

Natureza

1227: Conduzir veículo com capacidade psicomotora alterada em razão da influência de álcool ou de drogas (Art. 306 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JUAREZ DA SILVA DO CARMO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 36

Profissão: Autônomo

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 176538

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Raimundo de Oliveira Matos

Bairro: cambará

Telefone: (95) 99123-1315 (Celular)

Nº: 253

Nome Civil: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 22

Profissão: Padeiro

Estado Civil: União Estável

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 330764-6

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua vicente Figueiredo Melo

Bairro: cambará

Telefone: (95) 9155-5193 (Celular)

Nº: 56

Nome Civil: JOÃO PEDRO DE OLIVEIRA DOS SANTOS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 6



Delegado de Polícia Civil: Elisa Alice Lopes Reis Mendonça
Impresso por: Daniel Barauna Magalhães
Data de Impressão: 27/12/2018 08:43
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 041083/2016

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Vicente Figueiredo Melo
Bairro: Cambará

Nº: 56

Razão Social: (ESTADO) (COMUNICANTE)**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Vem comunicar que fomos acionados via CIOPS para atendimento de ocorrência de acidente de trânsito no local acima citado, onde nos deparamos com o seguinte sinistro. Que Juarez informa que vinha no referido endereço do ocorrido sentido bairro-centro e que ao chegar na Rua C-23 fez a conversão a esquerda para adentrar na referida rua quando já estava na pista de mão contrária Rafael que vinha na rua Mestre Albano sentido centro-bairro acabou colidindo no seu veículo. Que segundo Rafael o mesmo vinha sentido acima citado, quando Juarez entrou em sua pista com a intenção de fazer a conversão na Rua C-23 e não pode ferar e acabou colidindo no veículo de Juarez. Que a criança João Pedro (06 anos) estava como passageiro de Rafael. Que Rafael e João tiveram lesões corporais e foram encaminhados ao PSE pelo SAMU. Que a perícia esteve no local. Que Juarez demonstrava sintomas de embriaguez e concordou em realizar o teste de alcoolemia que resultou em 0,77 mg/l de álcool. Que Rafael estava impossibilitado de realizar o teste de alcoolemia pois estava em observação médica. Que todas as medidas administrativas cabíveis foram tomadas. Era o que tinha a relatar.

ASSINATURAS

Rodileno Ribeiro Solidade
Responsável pelo Atendimento



Rafael Carlos dos Santos
(Vítima)

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





Vtr 107	SUCp OESTE	Data 08/12/2016	S/Setor ---	H/Transm 20:38	H/ini 20:38	CH/H 20:45	H/Fir 22:40	
Cód. Oc. 1013	Cód. Prov. 13006/13009/13010	Cód. Ser. Prest. -----	Km/ini 9617	Km/Fir 9633				

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Av/ru
a: Rua Mestre Albano Bairro: Cambara Refe.: Nº4317

PESSOAS RELACIONADAS

1 Envolvido Nome: Juarez da Silva do Carmo (991231315) Idade: 36 E. Civil: Solteiro
Endereço: Rua Raimundo de Oliveira Matos, 253, Cambara
Edt. R.G. 176538 SSP/RR CNH 03345073883 Profissão: Autônomo

2 Envolvido Nome: Rafael Carlos dos Santos (991555193) Idade: 22 E. Civil: União Estável
Endereço: Rua Vicente Figueiredo Melo, 56, Cambara
Edt. R.G. 330764-6 SSP/RR CNH ----- Profissão: Padeiro

3 Passageiro Nome: João Pedro de Oliveira dos Santos Idade: 06 E. Civil: Solteiro
Endereço: Rua Vicente Figueiredo Melo, 56, Cambara
Edt. R.G. ----- CNH ----- Profissão: -----

Veículos Relacionados

Veículo Item01: FIAT/PUNTO, cor AZUL, placa NOJ9510
Veículo Item02: HONDA/CG 150, cor PRETA, placa NAM1573
Avarias conforme pericia.

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): não houve materiais conduzidos.

ASSINATUA *Vinicius Pereira* CARGO *PC* LOCAL *Central*

HISTÓRICO

Senhor Delegado de Polícia do 5º DP

Fomos acionados via CIOPS para atendimento de ocorrência de acidente de trânsito no endereço acima citado no local nos deparamos com o seguinte sinistro. O item01 informa que vinha no referido endereço sentido bairro-centro e que ao chegar na Rua c-23 fez a conversão a esquerda para adentrar na referida rua quando já estava na pista de mão contrária o item02 que vinha na Rua Mestre Albano sentido centro-bairro acabou colidindo no seu veículo. Segundo o Item02 o mesmo vinha no sentido acima citado, quando o item01 entrou em sua pista com a intenção de fazer a conversão na rua c-23 e não pode frear e acabou colidindo no veículo do item 01. QUE o item03 estava como passageiro do item02. QUE os itens 02 e 03 tiveram lesões corporais e foram encaminhados pela equipe do SAMU até o PS. QUE a pericia esteve no local e foi realizada pelo perito JACI. QUE o item01 demonstrava esta com sintomas de embriaguez e foi solicitado o mesmo para que fizesse o teste de alcoolemia, o mesmo concordou e realizou vindo a ter como resultado do teste 0,77mg/L de álcool, de acordo com auto de infração nº A156 075469 e teste nº 02045 e o mesmo foi conduzido a este DP para providencias. QUE o item02 estava impossibilitado de realizar o exame de alcoolemia, pois o mesmo estava em observação médica. QUE todas as medidas administrativas cabíveis foram tomadas.

Era o que tinha a relatar.



Vinicius Pereira
Nome

41.651-7
Cadastro

SD/PM
Posto/Grad

CIPTUR
Suop

Assinatura