

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário de Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 251331752019101114340

Processo 0816866-43.2019.8.23.0010 ☆ - (130 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
<div>Realces</div> <div>Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência</div> <div>Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória</div>					
<div>Filtros</div> <div>Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor de Justiça <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor</div> <div>Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/></div> <div>Descrição: <input type="text"/></div>					
62 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 62					500 por pág. 1
Seq.	Data	Evento			Movimentado Por
62	11/10/2019 11:43:40	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE			JOÃO ALVES BARBOSA FILHO
		Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (02/10/2019)			Procurador
		62.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2611138IMPUGNACAOAOAUDOPERICIALJUR01.pdf	Público
61	04/10/2019 08:47:44	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA			JOÃO ALVES BARBOSA FILHO
		(Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 04/10/2019 com prazo de 15 dias úteis			Procurador
		*Referente ao evento (seq. 56) JUNTADA DE LAUDO (02/10/2019) e ao evento de expedição seq. 57.			EDSON SILVA SANTIAGO
60	03/10/2019 14:22:14	RENÚNCIA DE PRAZO DE RAFAEL CARLOS DOS SANTOS			Advogado
		Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (02/10/2019)			EDSON SILVA SANTIAGO
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA			Advogado
59	03/10/2019 14:21:02	(Pelo advogado/curador/defensor de RAFAEL CARLOS DOS SANTOS) em 03/10/2019 com prazo de 15 dias úteis			EDSON SILVA SANTIAGO
		*Referente ao evento (seq. 56) JUNTADA DE LAUDO (02/10/2019) e ao evento de expedição seq. 58.			Advogado
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			GEORGIA NAIJADE ELUAN PERONICO
58	03/10/2019 13:56:27	Para advogados/curador/defensor de RAFAEL CARLOS DOS SANTOS com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (02/10/2019)			Analista Judiciário
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			GEORGIA NAIJADE ELUAN PERONICO
		Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (02/10/2019)			Analista Judiciário
57	03/10/2019 13:56:27	Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (02/10/2019)			Analista Judiciário
		JUNTADA DE LAUDO			SAMIR DE ARAÚJO XAUD
		HABILITAÇÃO PROVISÓRIA			Perito
56	02/10/2019 22:11:02	Perito Oficial: SAMIR DE ARAÚJO XAUD habilitado até 23/12/2019 (90 dias)			Adahra Catharinie Reis Menezes
		LEITURA DE MANDADO REALIZADA			Analista Judiciário
		MANDADO lido em 05/09/2019 - Referente ao evento de expedição (seq. 50) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (29/08/2019 09:19:27). Parte: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS			Nestor David Santana de Souza
55	24/09/2019 10:34:11	RETORNO DE MANDADO			Estagiário
		Referente ao evento (seq. 50) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (29/08/2019 09:19:27). Parte: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS			Antonio Edmilson Vitalino de Sousa
		DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A			Oficial de Justiça
54	05/09/2019 13:49:09	(P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 43) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA(27/08/2019) e ao evento de expedição seq. 45.			SISTEMA CNJ
		REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO			Giceane Moraes Da Silva
		Distribuição realizada referente ao Mandado expedido (seq. 50) em 29/08/2019 09:19:27. Tipo: Distribuição Inicial Automática. Oficial de Justiça Designado: Antonio Edmilson Vitalino de Sousa. Parte: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS			Servidor Central de Mandados
53	05/09/2019 11:31:00	EXPEDIÇÃO DE MANDADO			Thiago Pacheco Pires dos Santos
		Referente ao evento (seq. 43) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA(27/08/2019 12:15:30). Natureza: Intimação. Parte: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS. Identificador do Cumprimento: 0005.			Analista Judiciário
		RENÚNCIA DE PRAZO DE RAFAEL CARLOS DOS SANTOS			EDSON SILVA SANTIAGO
52	28/08/2019 08:22:25	Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (27/08/2019)			Advogado
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA			EDSON SILVA SANTIAGO
		(Pelo advogado/curador/defensor de RAFAEL CARLOS DOS SANTOS) em 28/08/2019 com prazo de 5 dias úteis			Advogado
49	28/08/2019 08:21:24	EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (27/08/2019) e ao evento de expedição seq. 44.			JOÃO ALVES BARBOSA FILHO
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA			Procurador
		(Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 27/08/2019 com prazo de 5 dias úteis			EGILAINNE SILVA DE CARVALHO
48	27/08/2019 14:42:54	*Referente ao evento (seq. 43) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (27/08/2019) e ao evento de expedição seq. 45.			Analista Judiciário
		EXPEDIÇÃO DE MANDADO			EGILAINNE SILVA DE CARVALHO
		Referente ao evento (seq. 43) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (27/08/2019 12:15:30). Natureza: Intimação. Parte: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A. Identificador do Cumprimento: 0004.			Analista Judiciário
47	27/08/2019 12:17:18	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			EGILAINNE SILVA DE CARVALHO
		Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (27/08/2019)			Analista Judiciário
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			EGILAINNE SILVA DE CARVALHO
46	27/08/2019 12:15:42	Para advogados/curador/defensor de RAFAEL CARLOS DOS SANTOS com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (27/08/2019)			Analista Judiciário
		EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA			EGILAINNE SILVA DE CARVALHO
		Referente ao evento (seq. 42) CONCEDIDO O PEDIDO (22/08/2019 16:03:23). Identificador do Cumprimento: 0003.			Analista Judiciário
45	27/08/2019 12:15:30	CONCEDIDO O PEDIDO			Rodrigo Bezerra Delgado
		JUNTADA DE CERTIDÃO			Magistrado
		DIEGO MARCELO DA SILVA			Analista Judiciário
44	22/08/2019 16:03:23	JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO			Nestor David Santana de Souza
		CONCLUSOS PARA DECISÃO			Estagiário
		Responsável: Rodrigo Bezerra Delgado			EGILAINNE SILVA DE CARVALHO
43	21/08/2019 15:30:24	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO			Analista Judiciário
		Cumprimento de intimação - Referente ao evento RETORNO DE MANDADO (10/08/2019)			EDSON SILVA SANTIAGO
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA			Advogado
42	21/08/2019 10:50:22	(Pelo advogado/curador/defensor de RAFAEL CARLOS DOS SANTOS) em 20/08/2019 com prazo de 5 dias úteis			EDSON SILVA SANTIAGO
		*Referente ao evento (seq. 34) RETORNO DE MANDADO (10/08/2019) e ao evento de expedição seq. 36.			Advogado
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			Nestor David Santana de Souza
41	20/08/2019 14:10:44	Para advogados/curador/defensor de RAFAEL CARLOS DOS SANTOS com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento RETORNO DE MANDADO (10/08/2019)			Estagiário
		JUNTADA DE COMPROVANTE			Nestor David Santana de Souza
		Devolução sem Leitura - De MANDADO expedido(a) (seq. 24) em 15/07/2019 - Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (15/07/2019). Parte: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS			Estagiário
40	12/08/2019 12:58:09	RETORNO DE MANDADO			Martha Alves dos Santos
		Referente ao evento (seq. 24) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (15/07/2019 14:18:05). Parte: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS			Oficial de Justiça
		HABILITAÇÃO PROVISÓRIA			Nestor David Santana de Souza
39	10/08/2019 01:13:02	Perito Oficial: mauro luiz schmitz ferreira habilitado até 07/11/2019 (90 dias)			Estagiário
		REMOÇÃO DE HABILITAÇÃO PROVISÓRIA			Nestor David Santana de Souza
		Perito: mauro luiz schmitz ferreira			Estagiário



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08168664320198230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RAFAEL CARLOS DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos).

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 9 de outubro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

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



ÁREA DE SINISTROS - OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 644 - Boa Vista - RR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

INSCRIÇÃO: 30.232 DATA DE EXPIRAÇÃO: 17/07/2022

NOME: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPEZ

FILIAÇÃO: ERNESTO ALVES DE SOUZA, LIDIA
FABRICE AMORIM

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

DOC. ORIGINAL: 00.3788 F. 280 L. 1-12 BOA VISTA-RR.

CPF: 104310381

Raimundo Francisco de Silva
Assinatura do Titular

15.03.2018 14:00:00

10/01/2019
Foi realizada a cirurgia de revisão do tornozelo do paciente
com o objetivo de corrigir a instabilidade lateral.
Durante a cirurgia foi observado o seguinte:
o ligamento cruzado anterior estava rompido.

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

Agravo:	172
Nº Not.	2411
Data:	11/01
Notificador	



01.01.2019
Shale



114-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Rafael Santos da Silva

LEITO: 10

DIAGNÓSTICO: Luxação de ombro direito

DATA: 28 / 12 / 16

ITEM	DESCRIÇÃO	HORARIO																													
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
CRM 1828/RR

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

Evolução Médica:

Shale

SINAIS VITAIS

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

Data: 1 / 1

U.S. 04

22 MAR 2019

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1ª AUXILIAR:

2ª AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3ª AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1 Paciente em D.D.H. com MID. GEDER LACER, SIBI.
Anestesia

2 Trecho e membro L. Roberts.

3 Ao RPA



Armando P. Passos
22 MAR 2019
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		05		05 / 12 / 16	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Pro. Cirurgias fêmea 01		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		23:22	23:25		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	Dr. Elinaldo	ANESTESISTA:	Dr. Elinaldo		
1º AUXILIAR	Dr. Helozer	RES. ANESTESIA:	Dr. Elinaldo		
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
TIPO DE ANESTESIA: Sedação EN		CIRCULANTE	Socorro, Raimundo, Rodolfo, Raimundo, Inf. Raimundo		
		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 SUCÇÃO 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	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS: 15 ml de PVPI diferentemente	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.T DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
	Rebeca	SUB- TOTAL			
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

Sheld

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome Rafael Pereira do Santos
Cirurgião Responsável

Anestesiista Dr. Euclides R. B. B. B.

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

() PACIENTE CONFIRMOU

- Identidade
- Sítio Cirúrgico
- Procedimento
- Consentimento

() RISCO CIRÚRGICO

- Aplica
- Não se aplica

() SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA

() VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

() ADOXIMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

() Não

VIA AÉREA DIFÍCIL RISCO DE ASPIRAÇÃO

() Não

() Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

() Não

() Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

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

() 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

() 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.

() Sim

() Não se aplica

Data 08/12/16

Assinatura e Carimbo

Hora 23:00

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, CIRURGIÃO, MÉDICO/GINECOLOGO, VERIFICARAM CORRETA SITUÇÃO SE APLICAR:

() O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

() AS IMAGENS ESSENCIAIS INSTRUMENTAIS

() COMO O PACIENTE SE ENCONTRA ANATOMIA

() PATOLOGIA ESTABELECIDAMENTE UNIDA

() O NOME DO PACIENTE

() O NOME DO PROBLEMA COM

() EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

() O CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA, E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM

() PRECISAR DE ESSENCIAIS PARA A

() RECUPERAÇÃO DO MANEJO DESTE PACIENTE

Dr. Euclides R. B. B. B.

Assinatura e Carimbo

114-3



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			18
3	CEFALOTINA 1G, IV, 6/6HS			12
4	GENTAMICINA 240MG, IV, 1X/DIA			SUSPENSO
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA			18
6	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h S/N			SND
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			SND
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SND
9	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA			06h
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H			SND
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SND
12	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N			SND
13	SSVV + CCGG 6/6 H			Retirar
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.

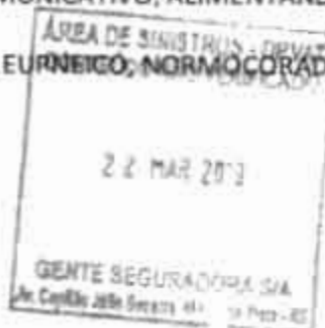
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO: RX DE CONTROLE

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:



SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	130x80	20		36,6°C	Dr. Elder Soares
12 H	135x77	70		35,5°C	CRM/RR 1828
18 H					Residente de Ortopedia e
24 H	120x80			36,6°C	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	12/12/2016
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL, LIVRE				
2	SF 0,9 % 1000 ML EV EM 24 HS LENTO				
3	CEFOTAXIMA 1G, IV, 6/6HS				
4	CENITAMICINA 240MG, IV, 1X/DIA				SUSPENSO
5	TENDONICAM 40 MG EV 01 X DIA				
6	DIPLOXONA 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	ENALAPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
13	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
14	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
15	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
16	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
17	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
18	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
19	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
20	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
21	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
22	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
23	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
24	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
25	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
26	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
27	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
28	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
29	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
30	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
31	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
32	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
33	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
34	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
35	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
36	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
37	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
38	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
39	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
40	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
41	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
42	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
43	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
44	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
45	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
46	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
47	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
48	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
49	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
50	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
51	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
52	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
53	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
54	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
55	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
56	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
57	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
58	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
59	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
60	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
61	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
62	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
63	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
64	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
65	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
66	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
67	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
68	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
69	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
70	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
71	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
72	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
73	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
74	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
75	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
76	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
77	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
78	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
79	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
80	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
81	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
82	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
83	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
84	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
85	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
86	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
87	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
88	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
89	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
90	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
91	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
92	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
93	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
94	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
95	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
96	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
97	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
98	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
99	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				
100	FENILFENOL 30 GOTAS VO DE 8/8 hs S/N				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCAMADO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM COMPLICAÇÕES.

EXAME FÍSICO: G. LOCO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDA.

II S.O. F. 1000 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

II CO. 12/12

II PI. 12/12

II P.M. 12/12

SINAIS	FC	FR	TEMP	
0	68		36,4	
12				
1				
24	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						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	
6 H	120/80	72	—	36.0	Dr. Elder Soares CRM/RR 1828 Residente de Ortopedia e Traumatologia
12 H	140/90	68	—	36.0	
18 H	120/80	71	—	36.0	
24 H	120/80	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	115/66	79		36°C	
12 H					
18 H					
24 H	115/66	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				14:22:08
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	1,407	70	363
12 H			
18 H			
24 H	1,201	80	364

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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

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 - Cód. BRG. MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente admitido trauma fechado em MIP devido a queda de altura (imobilizada).

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 crânio fechado.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CFF) 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 - CBOE

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ORÇÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Bruno B. Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1047
Título de Especialista
SBO: 1107 1-1-94

19/12/16

2º A. B.

0408040

297

S324

12799

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

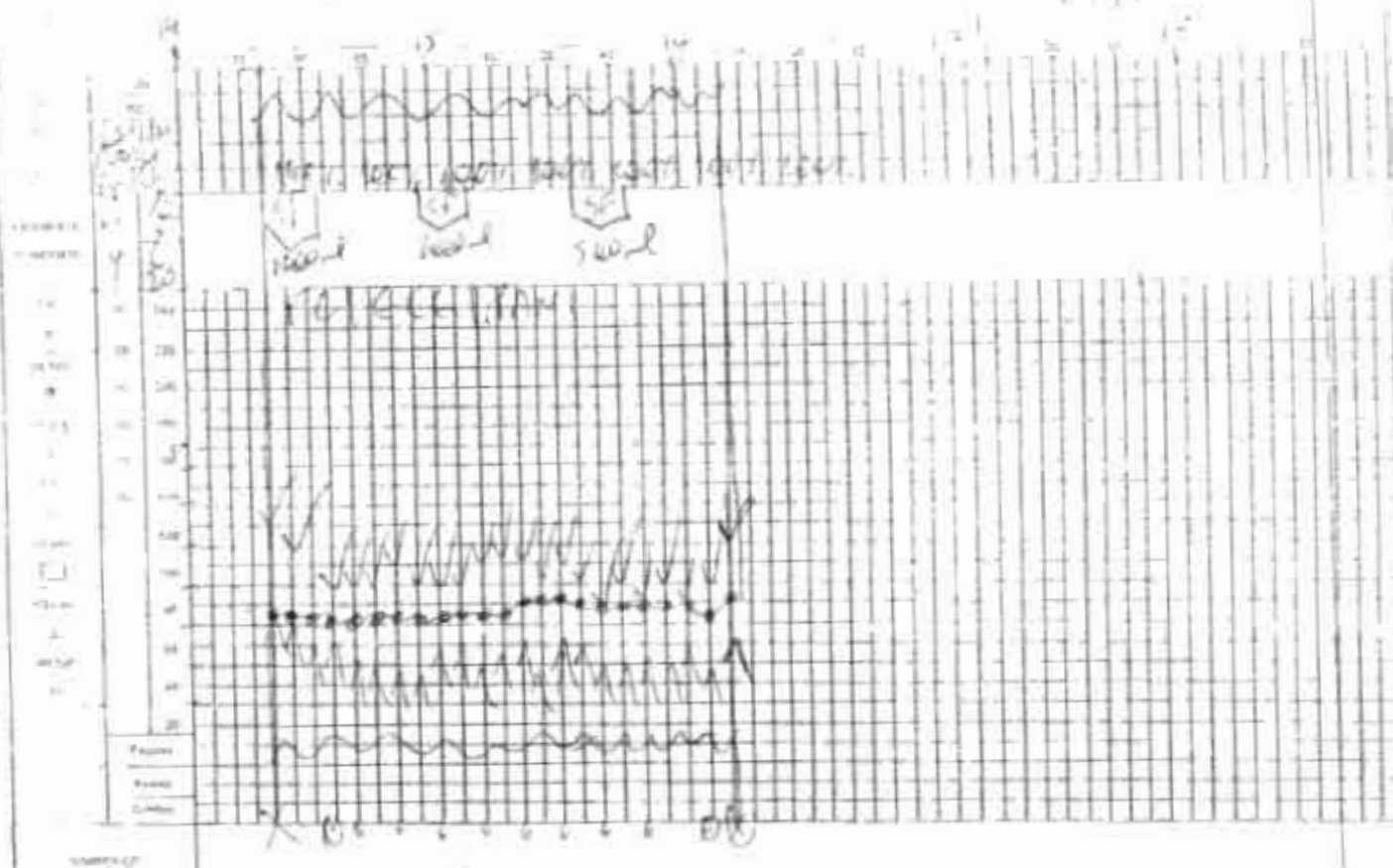
NA ENFERMARIA.[illegible][illegible]

HPF: 0

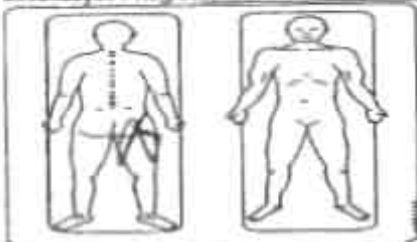
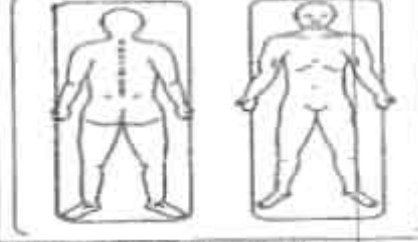


KL
Almiz: 10

Project Carlos dos Santos 22-000
with him as my husband's name

$$\frac{1}{2} \chi^2 = \frac{1}{2} \sum_{i=1}^n \frac{(y_i - \hat{y}_i)^2}{\sigma_i^2}$$
[illegible]

Nome: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

<p>DATA: <u>31/12/16</u></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 checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> 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"/> 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 checked="" 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	
Cor de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serosossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo	
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><u>12/01/17</u></p>		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	<p>01- <u>[Assinatura]</u></p>	<p>02- <u>Lucimar</u></p>	<p>01- _____</p> <p>02- _____</p>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:	<p>OBS:</p>		



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.
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 26/11/16, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura do fêmur do membro inferior direito
NO DIA 19/12/16 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE osteotomia SENDO

OPERADO PELO DR. Dr. Manoel José E DR. Dr. Figueiredo

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 22/12/16 ÀS 13 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 22/12/16 ÀS 13 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

BOA VISTA, 22 12 16

Dr. Rodrigo A. Alcoba
Residente de Ortopedia
e Traumatologia
CRM-RR 1526

MÉDICO

D



RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

BLOCO/A L114-3

12/12/2016 12:29:38

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

57.5%





Resultado de Exames

Paciente: RAFAEL CARLOS DOS SANTOS

Sexo: M Naso: 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

Coagulograma

Material: Sangue Total

Método: Leitura Manual

Referência

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

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
EOSINÓFILOS	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
MP	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

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

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

8/12/2016 20:28:06

7.31 %

D



RAFAEL CARLOS

BLOCO/A LM20-4

20/12/2016 07:49:30

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

57.5.94

D

X

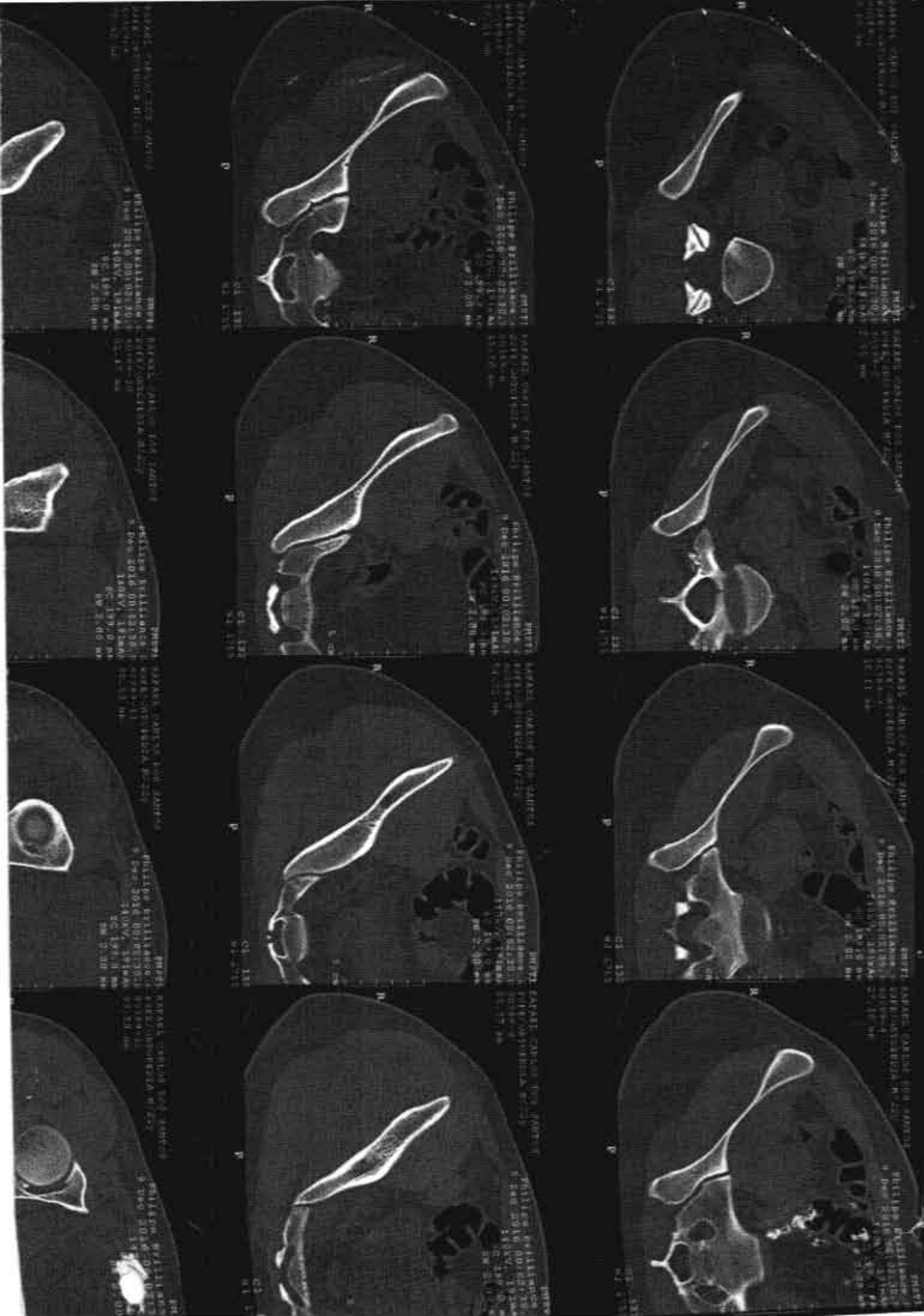


RAFAEL CARLOS

8/12/2016 20:28:06

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

537%



RAAFEL CARLOS DOS SANTOS
PREFEITOPEDEIA MEY
30 m2

PM
Philipps Brillant
9 Dec 2016 00:04:4
SL 346.0



2.0 cm

F

TJ
TJ

455
848

OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL

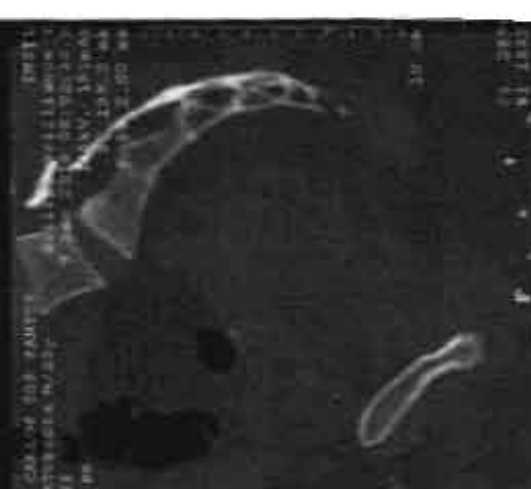
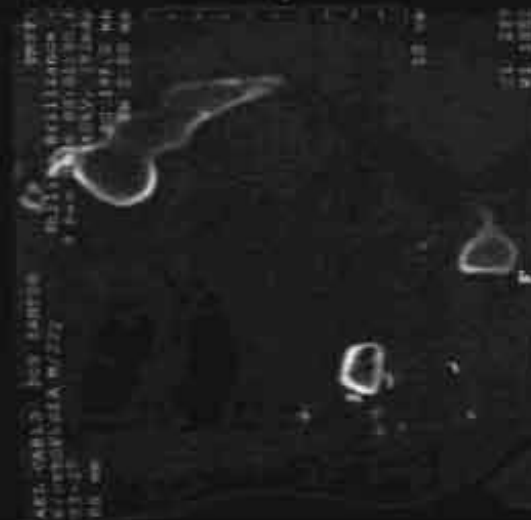
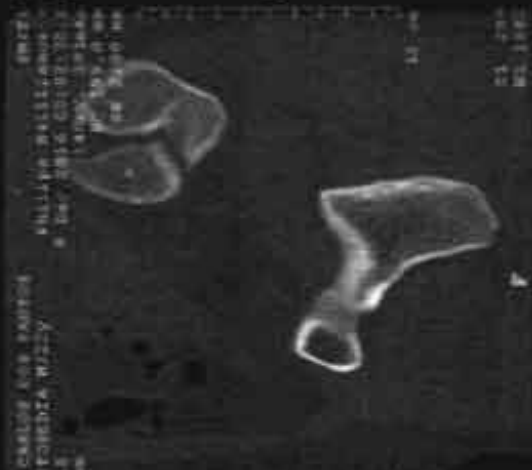
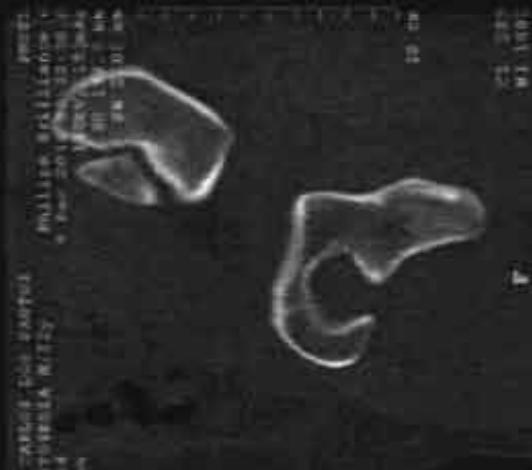
[illegible]

100

W. B. E. 2000
VOLUME 2000
REVISED 2000
REVISED 2000
REVISED 2000

0000-0000





PMSTL RAPHAEL CARLOS DOS S

PMSTL RAPHAEL CARLOS DOS S

PMSTL RAPHAEL CARLOS DOS S

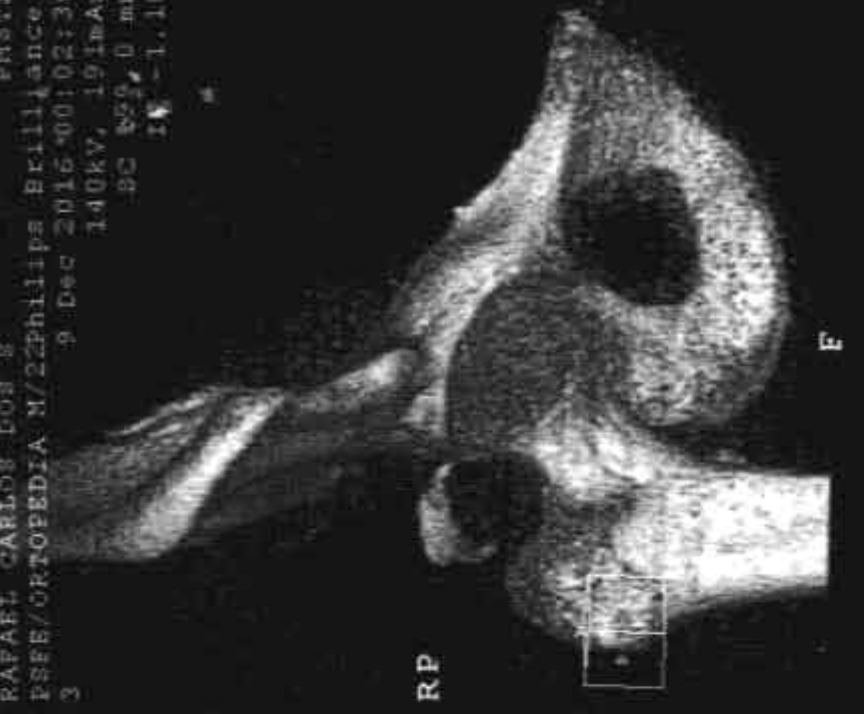
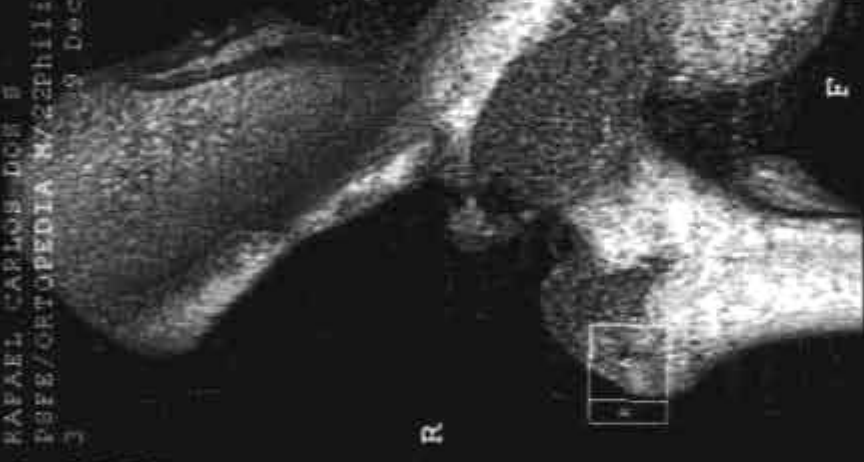
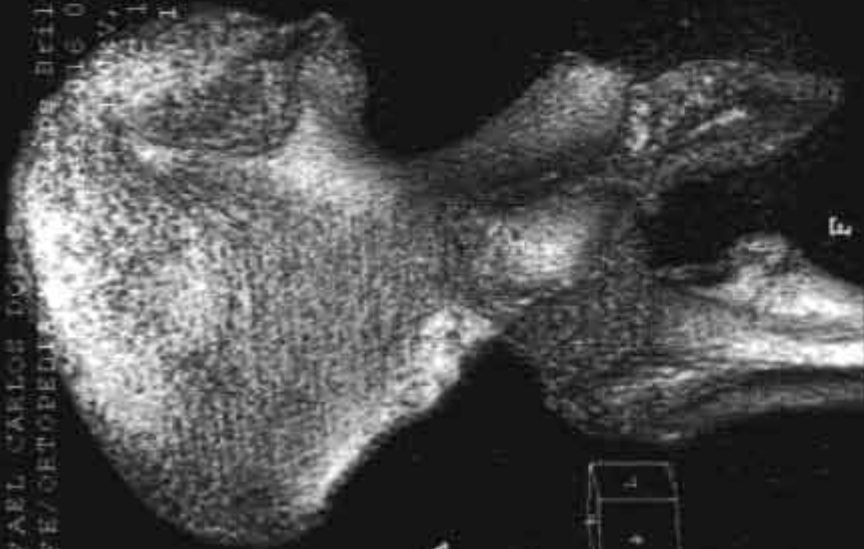
PMSTL

Brilliance
9 Dec 2016 00:02:30 3
140kV, 191mA
SC 199.0 mm
IE -1.10

Brilliance
9 Dec 2016 00:02:30 3
140kV, 191mA
SC 199.0 mm
IE -1.10

Brilliance
9 Dec 2016 00:02:30 3
140kV, 191mA
SC 199.0 mm
IE -1.10

Brilliance
9 Dec 2016 00:02:30 3
140kV, 191mA
SC 199.0 mm
IE -1.10



PMSTL RAPHAEL CARLOS DOS S

PMSTL RAPHAEL CARLOS DOS S

PMSTL RAPHAEL CARLOS DOS S

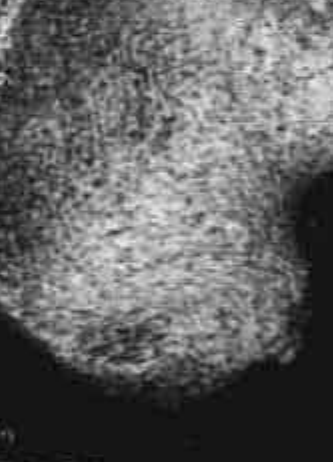
PMSTL

Brilliance
9 Dec 2016 00:02:30 3
140kV, 191mA
SC 199.0 mm
IE -1.10

Brilliance
9 Dec 2016 00:02:30 3
140kV, 191mA
SC 199.0 mm
IE -1.10

Brilliance
9 Dec 2016 00:02:30 3
140kV, 191mA
SC 199.0 mm
IE -1.10

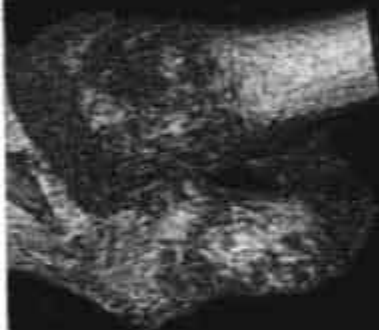
Brilliance
9 Dec 2016 00:02:30 3
140kV, 191mA
SC 199.0 mm
IE -1.10



PL



F



F



F

PMSTL RAFAEL CARLOS DOS S.

PMSTL RAFAEL CARLOS DOS S.

PMSTL RAFAEL CARLOS DOS S.

PSFE/ORTOPEDIA M/22Phillips Brilliance
9 Dec 2016 00:02:30 3
140kV, 191mA
SC 199.0 mm
IE -1.10

PSFE/ORTOPEDIA M/22Phillips Brilliance
9 Dec 2016 00:02:30 3
140kV, 191mA
SC 199.0 mm
IE -1.10

PSFE/ORTOPEDIA M/22Phillips Brilliance
9 Dec 2016 00:02:30 3
140kV, 191mA
SC 199.0 mm
IE -1.10



PPL



LP

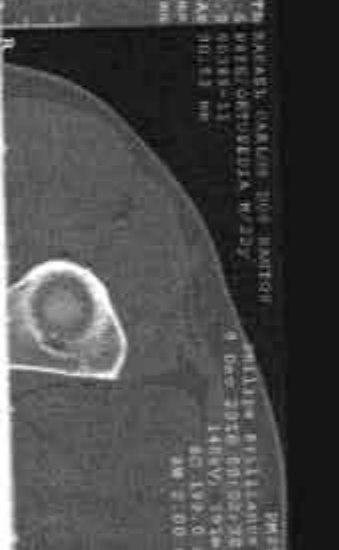
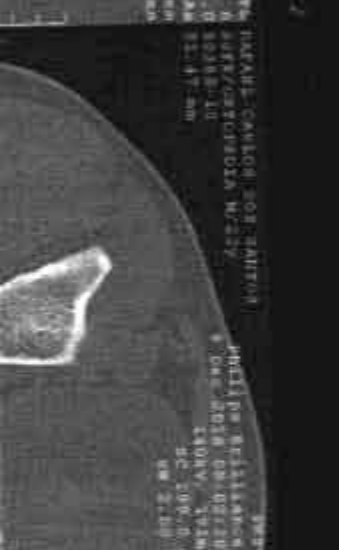


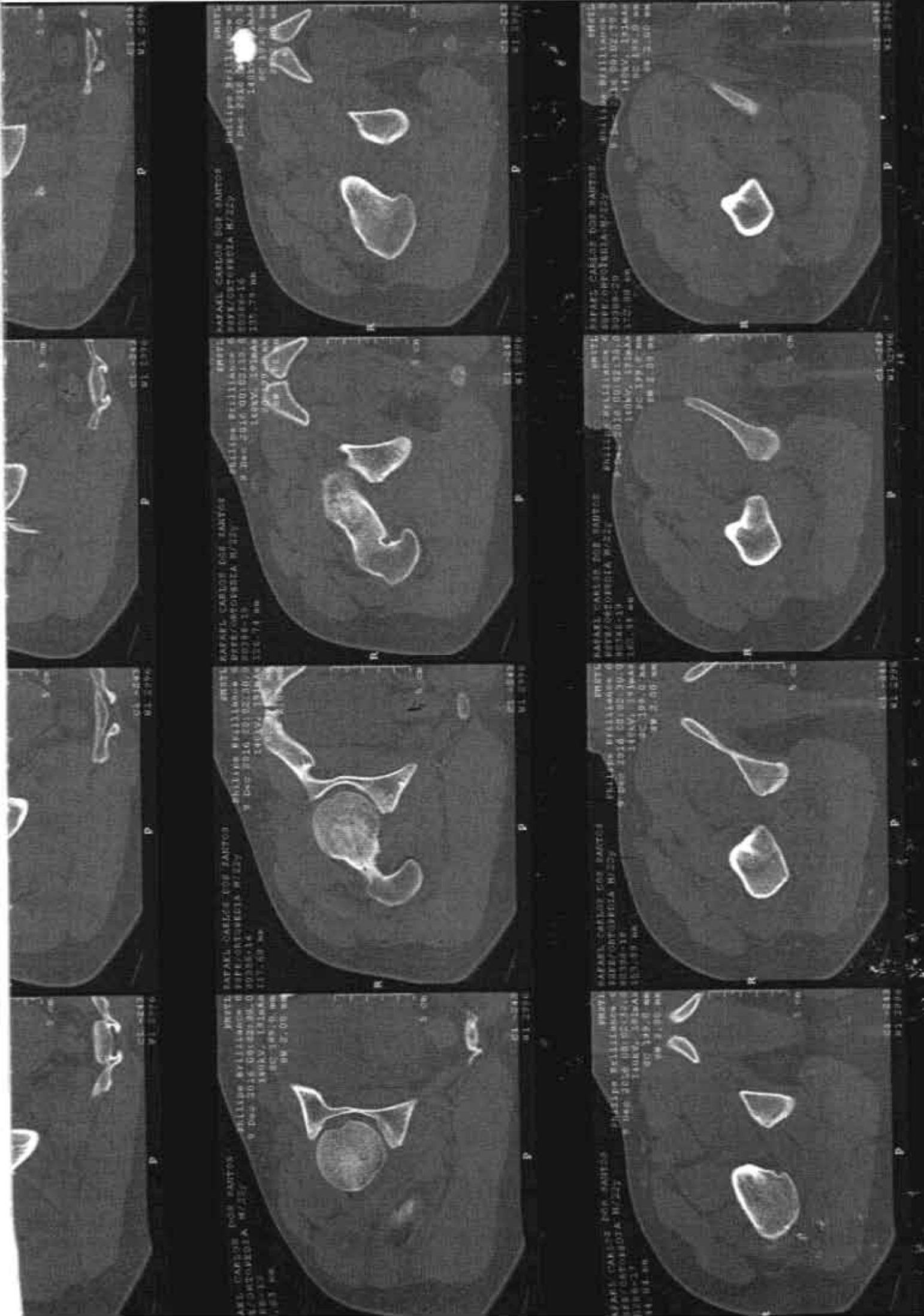
LA

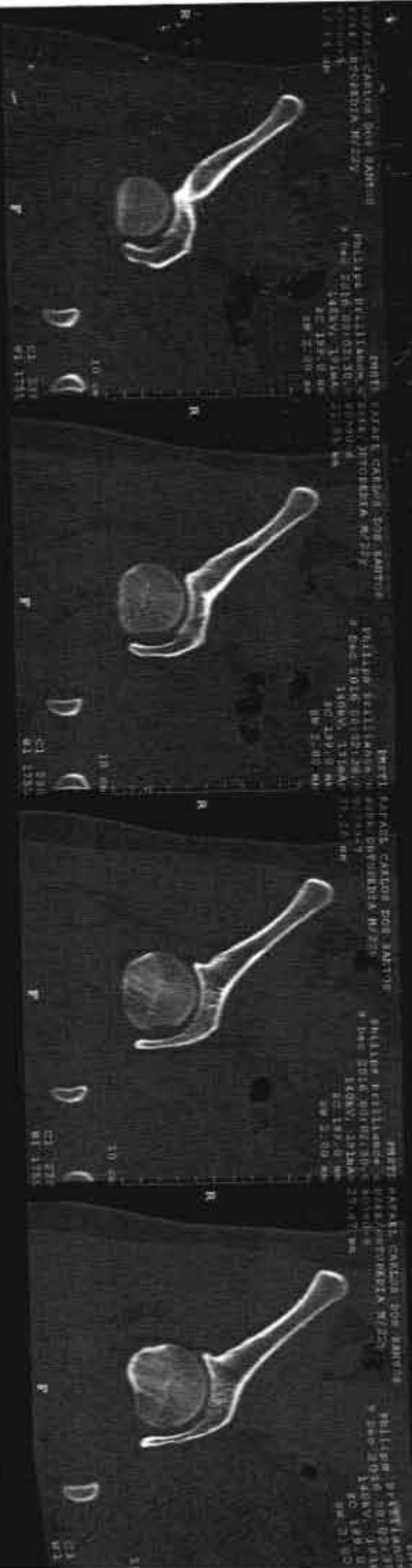


FL

LAH









CL 220
RL 1750



CL 220
RL 1750



CL 220
RL 1750



CL 220
RL 1750



CL 220
RL 1750



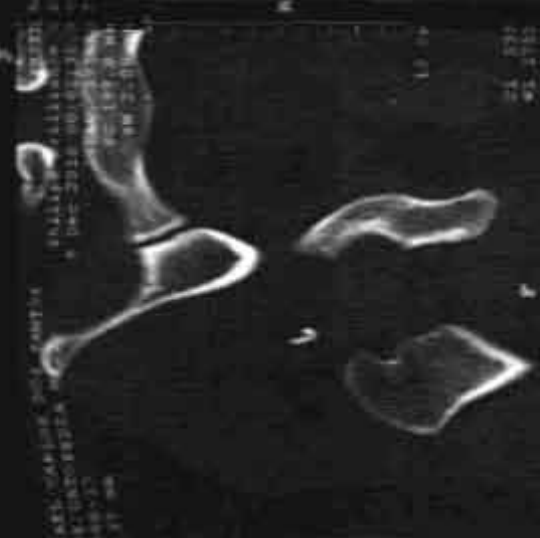
CL 220
RL 1750



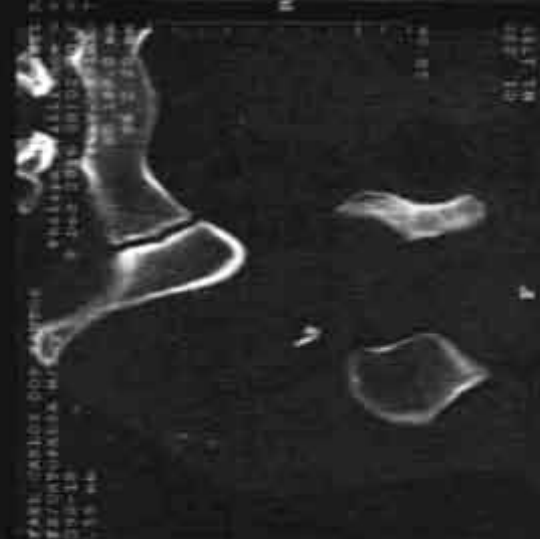
CL 220
RL 1750



CL 220
RL 1750



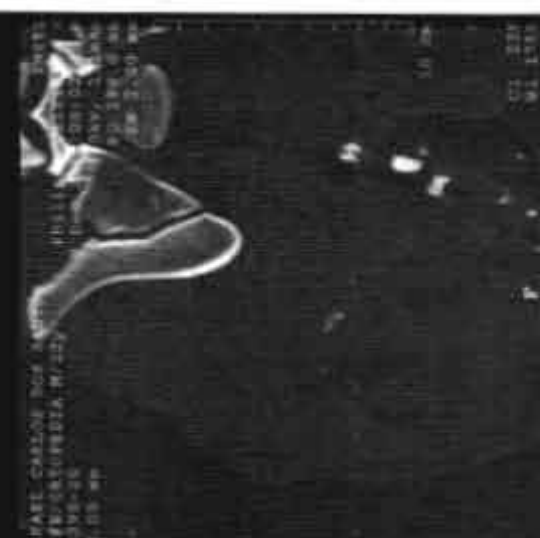
CL 220
RL 1750



CL 220
RL 1750



CL 220
RL 1750



CL 220
RL 1750

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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



Polígono Direito



Rafael Carlos dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

330764-6

DATA DE
EXPIRAÇÃO

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

CNP

018.792.852-58

2ª VIA

AMADEU ROCHA TELANI
Polícia Federal do Estado de Roraima
Cidade: RR - 69000

LEI Nº 7.115 DE 29/08/83





FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: SAV Equipe: 1a Ruz, 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 3/10 19:58

PROXIMO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO

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

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Anal. Neurológica
<input checked="" type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> M.V. Diminuído	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input checked="" type="checkbox"/> AVDN
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> M.V. Aumentado	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	<input type="checkbox"/> Músculo
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Hiperfempirismo	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Midriase
<input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa	<input type="checkbox"/> Marcar	<input type="checkbox"/> Exocitamento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Anisocoria
<input type="checkbox"/> Obstruída	<input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Otorrria
<input type="checkbox"/> Apnéia			<input type="checkbox"/> Otorrria
<input type="checkbox"/> Outor:			<input type="checkbox"/> Rinorrria
			<input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado
			<input type="checkbox"/> DNV

Hora	P.A. mmHg	F.C bpm	F.R bpm	Set O2 %	Seg. Neg. %	Glicemia	Trauma	APGAR
Início		136	28	97	-	-	-	
Fim								

Pele	Cabeça	Face	Pescos	Tórax	Abdome
<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Queim.	<input checked="" type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações
<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Hematomas	<input type="checkbox"/> Tórax instável	<input type="checkbox"/> Distendido
<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Queim. de traqueia	<input type="checkbox"/> Resp. paradoxal	<input type="checkbox"/> Em tórax
<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Abundante	<input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Edema de traqueia	<input type="checkbox"/> Tampamento	<input type="checkbox"/> Otorrria
<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Per. Pericárdico	<input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Edema de traqueia		<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Per. Pericárdico		<input type="checkbox"/> Edema de traqueia		

Pele	Coluna Dorsal	Membros
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Dor	<input checked="" type="checkbox"/> Lacerações
		<input type="checkbox"/> Luxações
		<input type="checkbox"/> Fratura
		<input type="checkbox"/> Amputação

Ritmo Sinusal	Fibrilação atrial	Respiratória	Digestiva	Diabetes	Alergias
<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Infecções	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Obstrutiva	<input type="checkbox"/> HAS	
<input type="checkbox"/> Flutter	<input type="checkbox"/> Asistolia	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Pediátrica	<input type="checkbox"/> Medicção de uso	
		<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Outra		
		<input type="checkbox"/> Aborto			

LESO	PEQUENA	MEDIA	OUTRO
<input type="checkbox"/> SEVERA	<input type="checkbox"/> MORTE	<input checked="" type="checkbox"/> AMBULATÓRIA	

Assinatura e Carimbo do Médico (Cidade de Destino)

08 DEZ 2016

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAL

Em 30/11/18

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

Rafael Carlos dos Santos

RUBRICADO

Atendido no local
Trauma HGR
Pronto Atendimento
Coronel Mota

Cosme e Silva
HCSA
Maternidade
Outros

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

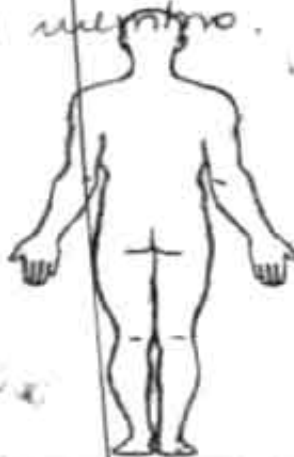
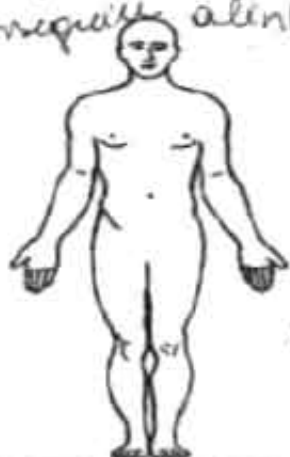
Lythiane
RUBRI

TERMO 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 sentado e
deprimido de H/D. Foi atendido em local - pronto socorro e
o atendimento para Hospital*

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCALA DE TRIALMA			
Adulto	Menores de 12 anos	Escala		10-24			
Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4		25-35			
Com estímulo auditivo	Com estímulo auditivo	3		36-40			
Com estímulo doloroso	Com estímulo doloroso	2		41-45			
Não abre os olhos	Não abre os olhos	1		46-50			
Orientado	Orientado	5		51-55			
Confuso	Confuso	4		56-60			
Palavras inapropriadas	Palavras inapropriadas	3		61-65			
Sentença sem sentido	Sentença sem sentido	2		66-70			
Resposta	Resposta	1		71-75			
Obedece comandos	Obedece comandos	6		76-80			
Localiza a dor	Localiza a dor	5		81-85			
Resposta verbal	Resposta verbal	4		86-90			
Resposta motora	Resposta motora	3		91-95			
Extensão e dor	Extensão e dor	2		96-100			
Resposta	Resposta	1		101-105			

* Paciente vítima de acidente de moto (x carro). Sentado, sem capote dentro da moto. Foi imobilizado e colocado cervical + prancha rígida apresentando possível luxação coxo-femoral e pela dor superior não se conseguiu alinhar o membro. Conduzido ao HGR.



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

GENE SEGURADORA S/A
R. Góes de Azevedo, 114 - São Paulo - SP

MATERIAL E MEDICAÇÃO

GESTANTE

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (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** Telefone: **(095) 99116.8367**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 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: **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 por invalidez permanente, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor devido.

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 e duração das lesões permanentes decorrentes do 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 provarão 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.

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

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *Rafael Carlos dos Santos*

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 RODO, 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**

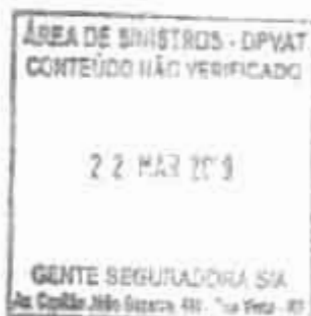
SEXO: **MASCULINO**

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	Meio(s) Empregado(s)
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)	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: 58



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

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 6



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
(Vizinho)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (sua) (unidade) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que se originar, conforme previsto nos Artigos 230-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa ao Crime ou de Controvérsia do Código Penal Brasileiro."





Via	SUCa	Data	S/Setor	H/Transm	H/Ini	CH/H	H/Fim
107	OESTE	08/12/2016	--	20:38	20:38	20:45	22:40
Cód. Oc.	Cód. Prev.	Cód. Ser. Prest.	Km/In.		Km/Fim		
1013	13006/13009/13010		9617		9633		

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Av/ru: Rua Mestre Albano Bairro: Cambara Ref.: 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 perícia.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Duque de Caxias, 444 - São Vito - RJ

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

ASSINATURA [Assinatura] CARGO [Assinatura] 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 perícia esteve no local e foi realizada pelo perito JACI. QUE o item01 demonstrava estar 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 providências. 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