

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190032931 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 17/08/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190032931

Vítima: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190032931

Vítima: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000653**

Conta: **0000051946-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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



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:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel.(DDD):

E-mail:

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

RENDA 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:

AGÊNCIA:

0653

CONTA:

51946

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 e quantificação das lesões permanentes 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, 09/01/19

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

1º Nome:

CPF:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura

2º Nome:

CPF:

14 JAN 2019

Assinatura

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

(*) 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.

497910

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA 551/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 23/10/2018 COMUNICANTE : ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA RG: 2360219-8 - SSP-RR CPF- 001.877.602-76 ENDEREÇO: RUA GENARAL PENHA BRASIL - Nº 826 BAIRRO: SÃO FRANCISCO - UF: RR SEXO: MASCULINO - PROFISSÃO: PINTOR NATURALIDADE: SANTARÉM - ESTADO: PA DATA DE NASCIMENTO: 16.08.1987- IDADE: ANOS. GRAU DE INST. ENS. FUND. – INCOMPLETO. ESTADO CIVIL: Solteiro- TELEFONE: - Nº 99172-6020 REG. – CNH: NOME DO PAI – NOME DA MÃE: MARLETE VIEIRA DE SOUSA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 12:50 MIN. do dia 17/08/2018 O comunicante acima qualificado, que não é habilitado, compareceu a esta especializada para informar que no dia, local e hora acima mencionados, dirigia a MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN ESDI, PLACA NÃO 4016, CHASSI 9C2JC30707R192739, de propriedade de CLAUDOMIRO VENANCIO DE LIMA, quando, segundo o comunicante, ao tentar sair com o referido veículo houve um problema no cabo da embreagem, e ao tentar acelerar perdeu o equilíbrio vindo a cair. Informa ainda que em decorrência da queda veio a fraturar o joelho direito, informando ainda que foi conduzido ao HGR pelo SAMU, e que este BOLETIM DE OCORRÊNCIA é somente para fins de SEGURO DPVAT. É o relato.

OBSERVAÇÃO: ACIDENTE DE Trânsito com vítima.

Adriano Kerley Vieira de Sousa

Adriano Kerley Vieira de Sousa Comunicante "Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Jd. Capitão João Bazem, 444 - Boa Vista - RR

 Agente CARC. DE POLICIA CIVIL Mat. 042000372
--

DAT

23 OUT. 2018

AGENTE DE POLICIA
CONFERIDO

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:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Adriano Kerley Vieira de Sousa

Profissão:

Pintor

Endereço:

R: 624 - Penha Brasil

CPF:

001.877.602-76

Número:

826

Complemento:

CEP:

09.305-130

Tel.(DDD):

(45) 9143-2277

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

RENDA 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:

AGÊNCIA:

0653

CONTA:

51946

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 e quantificação das lesões permanentes 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, 09/01/19

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

1º Nome:

CPF:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura

2º Nome:

CPF:

14 JAN 2019

Assinatura

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

(*) 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.

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: 22/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000051946-7

Nr. da Autenticação 9CC46086C4C1C042

UNIDADE:

EQUIPE: Samuel e Betânia

Paciente: Adriano Kelys Mena de Souza
Nacionalidade: brasileiro
Endereço: Rua Romero Cruz

Idade: 32 Sexo: M

Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia

Bairro: 3 Francisco

Nº 15357

DATA: 17/08/18

Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM:

Alisson

HORA J/9: 12:51

BASE ☒ VIA ()

() RÁDIO

HORA J/10: 13:00

☒ CELULAR

MOTIVO DO ACIONAMENTO:

queda de moto

ACIONAMENTO

☒ SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NA BASE [] OUTRO

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () / 1 a 3 horas () / 4 a 24 horas () / Mais de 24 horas () / Não sabe ()

AUTOMÓVEL

- ☐ Capotamento
☐ Atropelamento
☐ Colisão AUTO x
☐ Motorista
☐ Passageiro Banco dianteiro
☐ Passageiro Banco traseiro

PEDESTRE

- ☐ Atropelamento [] CICLOVIA
☐ VIA [] CALÇADA [] FAIXA

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL

- ☐ Uso do cinto
☐ Vítima projetada
☐ Vítima encarcerada
☐ Air Bag Acionado

MOTOCICLETA / BICICLETA

- ☐ Colisão MOTO X
☒ Queda de moto ☒ Com capacete
☐ Atropelamento ☐ Sem capacete
☐ Queda de Bicicleta
☒ Piloto [] Garupa

VIOLÊNCIA

- ☐ FAF
☐ FAF
☐ Espancamento
☐ Violência Doméstica
☐ Violência Sexual
☐ Tentativa de suicídio
☐ Outro:

OUTROS

- ☐ Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto
☐ Queda, Altura aprox.:
☐ Acidente Doméstico
☐ Queimadura Agente
☐ Afogamento
☐ Agressão p/ animal
☐ Outros:

VIAS AÉREAS

- ☒ Livre
☐ Obstrução Parcial
☐ Obstrução Total
☐ Corpo estranho
☐ Edema de Glote
☐ Outro:

VENTILAÇÃO

- ☒ Eupneico
☐ Apnéia
☐ Dispnéia
☐ Bradipnéia
☐ Taquipnéia
☐ Roncos
☐ Sibilos
☐ Respiração paradoxal

AValiação INICIAL

CIRCULAÇÃO

- ☒ Normocárdico
☐ Bradicárdico
☐ Taquicárdico
☐ Arritmico
☐ Enchimento capilar acima de 2"
☐ Ausente
☐ Cianose central
☐ Cianose de extremidade

AVAl. NEUROLÓGICA

- ☒ AVDN 15
☐ Miose
☐ Midríase
☐ Anisocoria [] D [] E
☐ Aparentemente Utilizado
☒ GLASGOW 15

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APGAR
Início <u>13:19</u>	<u>140x86</u>	<u>88</u>	<u>20</u>	<u>99</u>			<u>4</u>	
Fim <u>13:23</u>	<u>140x83</u>	<u>86</u>	<u>20</u>	<u>99</u>			<u>4</u>	

AValiação SECUNDÁRIA

☒ Corada ☒ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica	☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. penetrante	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular ☐ Luxação ☐ Mandíbula	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo	☐ Dor ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Contusão pulmonar ☐ Ferida Aspirativa ☐ Empalamento	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tábua ☐ Doloroso ☐ Evisceração	
☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade ☐ Crepitação	☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Escoriações ☐ Crepitação	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Luxações ☐ Lacerações ☐ Fratura ☐ Amputação ☐ Crepitação	☐ Contusão ☐ Escoriações ☒ Luxações ☐ Lacerações ☒ Fratura ☒ Amputação ☐ Crepitação	☒ Espontânea ☐ Ao comando ☐ 2 À dor ☐ 1 Sem resposta	☒ Orientado ☐ 4 Confuso ☐ 3 Palavras inapropriadas ☐ 2 Palavras incompreensíveis ☐ 1 Sem resposta	☒ Obedece a comandos ☐ 5 Localiza a dor ☐ 4 Movimento de retirada ☐ 3 Flexão anormal ☐ 2 Extensão anormal ☐ 1 Sem resposta

AValiação CARDIACA

- ☒ Ritmo Sinusal
☐ Taquicardia
☐ Bradicardia
☐ Filuter
☐ Fibrilação atrial
☐ Fibrilação ventricular
☐ Assistolia

AFECÇÃO CLÍNICA

- ☐ Respiratória
☐ Neurológica
☐ Psiquiátrica
☐ Metabólica
☐ Cardiovascular
☐ Aborto
☐ Digestiva
☐ Infecçiosa
☐ Obstétrica
☐ Outra:

HISTÓRIA PEGRESSA

- ☐ Diabetes
☐ Cardiopatia
☐ HAS
☐ Medicação de uso:
☐ Alergias
☐ Outros

GRAVIDADE PRESUMIDA

[] ILESO ☒ PEQUENA [] MÉDIA [] SEVERA

[] ÓBITO EVIDENTE

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

INCIDENTE
[] Cancelamento
[] Recusa de Atendimento
[] Não se encontrava no local - EVASÃO
[] Recusa de hospitalização
[] Trote
[] Bombeiro no local:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

- ☐ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SMTRAN
☐ Bombeiro
☐ Outros:

OBSERVAÇÕES

RCP
[] Iniciada as:
[] RCP com sucesso
[] RCP sem sucesso
[] Obs:
[] Término as: 14 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Capitão João Bazzera, 484 - Boa Vista - RR

CONFERE COM O ORIGINAL
EM 21/08/18

DESTINO	☐ Atendido no local	☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS	☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
	☒ Trauma HGR	☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA	☐ Hosp. Lotte Iris - HLI
	☐ Pronto Atendimento - HGR	☐ HMINSN	☐ Outros
	☐ Coronel Mota		

CASO CLÍNICO

Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente atendido pelo SAMU, recebi as orientações sobre o meu caso, não sendo necessário, no momento, o meu encaminhamento à unidade hospitalar.

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

PERTENCE DO PACIENTE

Descrição: _____

Nome do Receptor: _____

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

TERMO DE RECUSA

☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento pré-hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

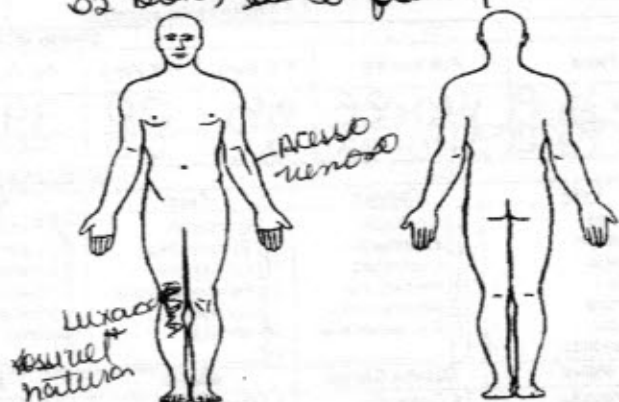
Perda de líquido: _____ BCF: _____

☐ Com cartão ☐ Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

2 ataduras 20 cm / 10 felpo 16
 03 atadura 8 cm / 03 4x12
 04 pares de luva 10x14 40
 01 RL 500ml 01 equipo 12 Amp. duplo
 02 bolos de disparador

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Ocúlos abertos previamente à estimulação	Espontânea	4
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ap. Som	2
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	A. Pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Ocúlos fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Verbal		Pontos
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	4
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	3
Palavras isoladas inteligíveis	Palavras	2
Apenas gemidos	Sons	1
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora		Pontos
Cumprimento de ordem com 3 ações	A ordem	5
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo da cabeça ou pescoço	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Ausência de movimento dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	Não Testável	NT



As 12:51 temos acionados para atendermos uma ocorrência de queda de um moto, no local de fato ocorreu o sinistro. Paciente encontrado em via pública, sentindo dor no local de trauma, com ferimento, prancha fixada, a vítima não se movia, com fratura de fêmur, membro inferior mobilizado com tala rígida, gesso calceado em curso, estabilizado com analgesia, conforme orientação do médico regulador, em seguida o paciente removido ao trauma com vida.

Resumo

Dr. Sérgio Augusto Pereira
 Tit. de Engenharia Instrumentação Eletrônica
 COREN-RR 418.571-TTC

ASSINATURA E CARIMBO

CONFERE COM O ORIGINAL
 EM 31/08/18
 [Signature]

ALINE DE ALMEIDA CAVALCANTE

R. GAL PENHA BRASIL, 826, 1

SAO FRANCISCO

69305130 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO

MÊS

PERÍODO DE CONSUMO

104310

12/2018

29-NOV-18 a 28-DEC-18

CONSUMO (kWh)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

353

16-JAN-19

RS 315,12

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada

- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO -
BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO

MÊS

TOTAL A PAGAR

104310

12/2018

RS 315,12

836300000038.151200750009.000000000109.431012180052



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bazzera, 404 - Boa Vista - RR

Jânia Helena
(95) 99139-8405
3224-6579

vivo

Nº da Conta: 0220918873
Mês de referência: 12/2018
Período: 06/11/2018 a 05/12/2018
Data de emissão: 07/12/2018

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 957
CEP 69.305-025 - Boa Vista - RR
I.E.: 240108035
CNPJ Matríz : 02.558.157/0001-62
CNPJ Filial : 02.558.157/0016-49

TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO
R ANTONIO AUGUSTO MARTINS, 347
SAO FRANCISCO
69305-270 BOA VISTA - RR

Vencimento
21/12/2018

Total a Pagar - R\$
44,99

Seus Números Vivo
95-99113-5885

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Vivo Valoriza

Saldo de pontos acumulados: 705
Na data de: 22/11/18
Saldo referente a conta 0220918873 no
Vivo Valoriza. Para saldo atual, envie SMS
com a palavra SALDO para 8011.

O que está sendo cobrado

	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
Serviços Contratados						
VIVO CONTROLE DIGITAL-2GBILIM	1	1	44,99	-	-	44,99
VIVO CONTROLE SERV DIGITAL II	1	1	0,00	-	-	-
Subtotal						44,99

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

TOTAL A PAGAR

44,99

MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

O relatório detalhado está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não.

* Em 30/11, ocorreu a incorporação da Telefônica Data S.A. pela Telefônica Brasil S.A. A partir de 1/12, os serviços serão prestados e faturados pela Telefônica Brasil, sem necessidade de qualquer providência do cliente e os valores e benefícios dos serviços permanecerão iguais. ** App Meu Vivo. É o jeito mais prático de acessar a sua conta detalhada, 2ª via de conta, consumo de internet e muito mais! Baixe agora em vivo.com.br/app e navegue sem consumir seu pacote de dados *

Agradecemos pagamentos recebidos até a emissão desta conta. Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.

vivo

Nome do Cliente

TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO

Vencimento

21/12/2018

Total a Pagar - R\$

44,99

Cód. Débito Automático 0220918873-8

Nº da Conta 0220918873

Mês Referência 12/2018

846200000004

449900750018

102209188733

121851812218

Autenticação Mecânica



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Tânia Helena Tracalossi de Melo

inscrito (a) no CPF/CNPJ 421.026.772 / 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Adriano Kerley Vieira de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.877.602 / 76

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Adriano Kerley V. de Sousa

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.877.602 / 76, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R: Antônio Augusto Martins</u>	Número: <u>347</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>São Francisco</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>passina_medeira@hotmail.com</u>	CEP: <u>69.305-270</u>	Tel. (DDD): <u>(95) 99139-8405</u>

Local e Data: Boa Vista, 09/01/19

Tânia Helena Tracalossi de Melo
Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

GEITE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazzara, 444 - Boa Vista - RR

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Claudemiro Venancio de Lima,

RG nº 825.446, data de expedição 1/1/,

Órgão SSPRR, portador do CPF nº 861.270.511-68, com

domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de

Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

BR 174, nº 522,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Adriano Kerley Vieira de Sousa, cujo o condutor era

Adriano Kerley Vieira de Sousa.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda / CG 125 FAN

Ano: 2007

Placa: NAO 4016

Chassi: 9C2 JC 30707 R 19 2739

Data do Acidente: 17/08/2018

Local e Data: Boa Vista, 23/10/18

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

Claudemiro Venancio de Lima
Assinatura do Declarante

Adriano Kerley Vieira de Sousa

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

NOTA: Certifico que o presente documento
apresentado neste Cartório na data
indicada no carimbo eletrônico de
reconhecimento. Dou fé.



CARTÓRIO LOUREIRO
DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRADOR
AV. VILLA BOY, Nº 545 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (067) 3624-6077 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC. VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
[1u5r6c90]-CLAUDEMIRO VENANCIO DE LIMA e [1u5r6c90]-ADRIANO
KERLEY VIEIRA DE SOUSA
[MS] Em testemunho da verdade. Boa Vista, 08/01/2019
Emol: 4,80, FUNDEJURR: 0,48, FISC: 0,24, FECON: 0,24, ISS: 0,24
Selo: REC FIR 1583452R68JSADXHATH47 e
REC FIR 158345BN42LH1K03THDZ35 e
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 85127051168

Thays Corrinho Weber
Escritor Autorizada
Cartório Loureiro



1800996744		17/08/2018 13:43:10		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		19	
Paciente				Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA				16/08/1987		31 A 0 M 1 D		700000571107901		00187760276	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE		2360219-8		SSPAM		28/07/2014		M		NAO	
Mãe		MARLETE VIEIRA DE SOUSA		Informado		PARDA		SANTAREM - PA		BRASILEIRA	
Endereço				Contato				Ocupação			
AVENIDA - GENERAL PENHA BRASIL - 829 - SAO FRANCISCO - BOA VISTA - RR				ANTONIO DOMINGOS BRASIL DE SOU (95) 99143-2277				NÃO INFORMADA			
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	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA									
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.						Registrado por:	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL								MICHELE.CAVALCANTE	
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem				GSC				TOTAL			
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				15			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____ h)											
Paciente (contina) relata queda de motor com trauma contínuo na região do joelho (D).											
Exame Físico											
REG. LOTE. Supinado, com dor à palpação na região do joelho (D) (mobilizado). Fratura platô tibial Schatzky II - fechada (+/- 4+)											
Hipótese Diagnóstica											
CS: fratura platô + tala imobilizadora = Ex. Ri-op + Ruvicel + Ointopias											
SADT - Exames Complementares											
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:											
PRESCRIÇÃO						APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO		
Medicação feita pelo SAMU											
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT											
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO											
14 JAN 2018											
GENTE SEGURADORA S/A											
Av. Capitão João Baptista, 484 - Boa Vista - RR											
Conduta											
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☒ Transferência para:						☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação			Data e Hora da Saída/Alta:		
óbito											
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não						Destino: ☐ Família			☐ IML Anatomia Patológica		
Assinatura do Paciente ou Responsável						Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: michele.cavalcante											
Data Hora: 17/08/2018 13:43:48											

Osteopatia Dr. Vitor Montenegro

Quinto de nota / tornou em julho @

As 2x - fotos de placas + bnd

As imobilizações + intervenções

Dr. Leonardo Kabe
Residência em Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 1715



**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Tayma

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

A CR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HCR

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Adriano Kuley Vieira de Sousa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

159637

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71010101015171111017191011

8 - DATA DE NASCIMENTO

16/08/87

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Marlete Vieira de Souza

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Av. General Penha Brasil - 829 - São Francisco

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

fx foto tórax @

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tto cr

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

Re - exames - ec. fscs

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

fx foto tórax @

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internas

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Vitor M. / Dr. Leonardo R3.

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

17/08/18

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. Órgão Emissor

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0308010019

5821 T068

V299

até 24-8

119-4

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		 	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE <i>Adriano Kenley V. eiro de Sauro</i>			
AGNÓSTICO <i>Ex. foto fibril</i>			
ALERGIAS <i>Nego</i>	HAS <i>Ø</i>	DM2 <i>Ø</i>	
IDADE <i>31</i>	LEITO	DATA <i>17/08/18</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		<i>Su V</i>
2	SF 0,9% 500ML EV 12/12H		<i>14 00</i>
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA		SUSPENSO
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		<i>Su</i>
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H		<i>18 24 06/12</i>
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		<i>Su 24</i>
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		<i>Su 24</i>
11	SSVV + CCGG 6/6 H		<i>Rotina</i>
12	CURATIVO DIÁRIO		<i>Realiz</i>
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			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

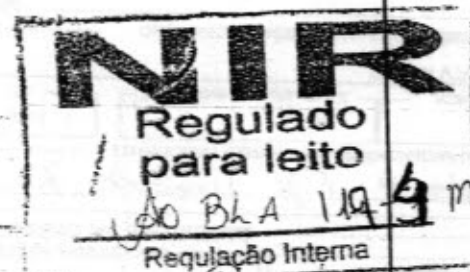
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,
 # ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO,
 AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
 HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TAX
6 H				
12 H	138/69	76	20	36,5
18 H	149/93	74		36,5
24 H	121/93	62		36,5



Dr. Fernando Rezende
 CRM-RR 2007
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

06 154/79 76 50



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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
------------------	-----	----

PACIENTE **ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA**

AGNÓSTICO **FX PLATO TIBIAL D**

ALERGIAS

IDADE	HAS	DM2
-------	-----	-----

LEITO	DATA
-------	------

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

1	DIETA ORAL LIVRE	S.N.D
---	------------------	-------

2	AVP PERVO	manter
---	-----------	--------

4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	12
---	-----------------------------	----

7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S.N
---	---------------------------------	-----

8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H	06
---	-------------------------------	----

9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	S.N
---	---	-----

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

11	SSVV + CCGG 6/6 H	Rotina
----	-------------------	--------

12	CURATIVO DIÁRIO	Rotina
----	-----------------	--------

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	
--	--	--

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,

ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,

ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

SINAIS VITAIS

PREVISÃO DE ALTA - SEM PREVISÃO

6 H	PA	FC	FR
-----	----	----	----

12 H			
------	--	--	--

18 H	144x87	81	36.6°C
------	--------	----	--------

24 H	150x100	67	?
------	---------	----	---

Dr. Fernando Rezende

CRM-RR/2007

Residente de Ortopedia e

Traumatologia

24x06 hrs adm. med. dipirona 2ml 2x

24x06 hrs adm. med. Tramal 100mg, porque paciente está

cl dor intensa. Realizado bbv no período.

Luciane A. Lima
Téc. em Enfermagem
CORRIGIR 06.340 TE

119-4

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		 	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FX PLATO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
		119-4		20/08/2018	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE			2h
2		AVP PERVIO			12h
4		TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA			12h
7		METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			12h
8		DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H			12h
9		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			12h
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			12h
11		SSVV + CCGG 6/6 H			12h
12		CURATIVO DIÁRIO			12h
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					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,

ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,

ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA
SINAIS VITAIS
PREVISÃO DE ALTA - SEM PREVISÃO

6 H PA FC FR

12 H 130x80 68 35 90°

18 H 150x90 68 35 90°

24 H 129x87 72 35 90°

06h 135/90 59

Dr. Fernando Rezende

CRM-RR 2007

Residente de Ortopedia e

Traumatologia

119-4



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA			
AGNÓSTICO FX PLATO TIBIAL D			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	119-4	DATA 20/08/2018
ÍTEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND
2	AVP PERVO		MANUTENÇÃO
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA		12
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		12
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H		12
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		12
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		12
11	SSV + CCGG 6/6 H		NOTURNA
12	CURATIVO DIÁRIO		CURATIVO
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			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,
 ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,
 ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:
 # CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA				
# PREVISÃO DE ALTA - SEM PREVISÃO				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	100x65	78	19	35,5
18 H	100x90	76		35,9
24 H	132x72	72		

Dr. Fernando Rezende
 CRM-RR/2007
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

CG 180/80 75
 06:00 - Paciente no leito, sem febre

Soraia Pimenta Cavalcanti
 COREN/RR 36767-TE

20

**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

H.C.R.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Ortopedia

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Adriano Kerley Vieira De Souza

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

16/08/18

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Prontuário nº 31 anos de idade
com fratura do fêmur (17)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Holomente longas
Dr. Ricardo Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RN

Vitor Paracat
Ortopedia/Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE: 610

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

Holomente Dr. Ricardo Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RN

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

fratura de fêmur (17)

21 - C.D. 10 PRINCIPAL 22 - C.D. 10 SECUNDÁRIO 23 - C.D. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Solicitação de fratura de fêmur (17)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARRETERIA DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DO DOCUMENTO

() CNS () CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Paracat

24/08/18

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

24/08/18

0408050551
5821
V295

24.8



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Sebastião Kerley Vieira
De Souza

Data: 24.08.18 O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em D.D.H. sob anestesia
- 2) Anestesia e limpeza
- 3) Campos estéril
- 4) Incisão longitudinal + drenagem no plano do
Vassalvas de fora da fratura
- 5) Redução + fixação com placa de 10
furos e parafusos
- 6) Incisão longitudinal subcutânea + drenagem de
03 parafusos para sustentação do
plato
- 7) Controle radiológico
- 8) L.M.C
- 9) Sutura + curativo



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Potência dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

ADRIANO K. V. DE SOUZA, 32 A

24-06-18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

- morfina 5 mg (10)
- fentanil 100 mcg (10)

Nº

Bom Vista - R1

AGENTES	Nº	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45											
		02											
LÍQUIDOS VENOSOS	FL	100 100 100											
	FL	100											
DA	°C	36 36 36 36 36 36 36 36 36 36 36 36 36											
X	28	100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100											
ULSO	26	100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100											
ANES	34	100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100											
X	32	100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100											
OP	30	100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100											
O	28	100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100											
ASPIR.	80	100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100											
A	60	100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100											
RESP	40	100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100											
O	20	100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100											
Expir	100	100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100											
Assist	100	100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100											
Contro	100	100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100											

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A bupivacaína 0,5% 16,5 mg		Pericardiotomia hipobarica	X - Check List: Monitorização, avaliação e controle
B		lamba simples L3-L4	1 - O2 sob um alveol
C		via mediana c1 Ag 26	2 - Aspiração e Anticéptico
D		Sob ultrassom guiado	3 - Alveolar c1 Pericardiotomia
E		MSO	4 - Alveolar c1 Ag 26
F			5 - Anticéptico 10 mg (10)
G			6 - Anticéptico 100 mg (10)
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Cálculo - Neto / Ou Fígado	7 - Neuseprom 0 mg (10)
NOVO		Neto / Orogel - Cere	
SANGUE		Bal - Temp - Colheita de Tubo	
5% 0,9% 1500 mL		Sob Mescara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL	1500 mL	TEMPO DE ANESTESIA	
		11:30 às 12:30	
OPERAÇÃO	05 COSSINUTOR R1 PLATO TRIBIAL (10)		
ANESTESIA	CÓDIGO	QUIRÚRGIO	PESO DA SANGUINIA
DA MICHÉL		DA VICTOR	

Michel M. M. M.
Cirurgião



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	319	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Adriano Kerley Viera de Sousa	119-4	00159637	24	1.08 / 18

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO
Osteossíntese Fratura Platô Tibial "D"	INICIO 11:35 FIM 12:20 TEMPO TOTAL

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	Dr. Vitor Paracat	ANESTESISTA:	Dr. Michel
1º AUXILIAR	Dr. Elder	RES. ANESTESIA:	Ri José
2º AUXILIAR	Ri Fernando	INSTRUMENTADOR	Ri Odinach
		CIRCULANTE	Kelly / Adenilton

TIPO DE ANESTESIA:	Raque	TEMPO DE DURAÇÃO:
--------------------	-------	-------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VAL
☐	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☐	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
☐	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
☒	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 20	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☒	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
☒	LÂMINA BISTURIN Nº 21			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		☐	FIO SEDANº Ataduro 30cm	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL Equipamento	
1	SERINGA 05ML		20g	CERA P/ OSO Gel condutor	
☐	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATANº Cateter 12	
☐	SERINGA 10ML		☒	GEOFOAM Escorinha	
☐	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
☒	Elctodes		1 100ml	OUTROS: Cloridina, Alcodica	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VAL
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Sullen Silene Bruno	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
	Kelly / Adenilton	TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		



NOME:

Adriano K. Vieira de Sáua

SAI - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 24/08/11

Idade: 31a.

Clínica: 1) Hipertensão (U.T.A. 3)

2) Diabetes (U.T.A. 3)

3) Outros: 1) Diabetes (U.T.A. 3)

4) Outros: 1) Diabetes (U.T.A. 3)

5) Outros: 1) Diabetes (U.T.A. 3)

6) Outros: 1) Diabetes (U.T.A. 3)

7) Outros: 1) Diabetes (U.T.A. 3)

8) Outros: 1) Diabetes (U.T.A. 3)

9) Outros: 1) Diabetes (U.T.A. 3)

10) Outros: 1) Diabetes (U.T.A. 3)

11) Outros: 1) Diabetes (U.T.A. 3)

12) Outros: 1) Diabetes (U.T.A. 3)

13) Outros: 1) Diabetes (U.T.A. 3)

14) Outros: 1) Diabetes (U.T.A. 3)

15) Outros: 1) Diabetes (U.T.A. 3)

16) Outros: 1) Diabetes (U.T.A. 3)

17) Outros: 1) Diabetes (U.T.A. 3)

18) Outros: 1) Diabetes (U.T.A. 3)

TRANSPERATÓRIO

Início da Anestesia

11:00

11:30

11:15

11:30

11:30

11:30

11:30

11:30

11:30

11:30

11:30

11:30

11:30

11:30

11:30

11:30

11:30

11:30

11:30

SRPA

Anestesia

11:30

11:30

11:30

11:30

11:30

11:30

11:30

11:30

11:30

11:30

11:30

11:30

11:30

11:30

11:30

11:30

11:30

11:30

Sinais Vitais

PA

120/80

120/80

120/80

120/80

120/80

120/80

120/80

120/80

120/80

120/80

120/80

120/80

120/80

120/80

120/80

120/80

120/80

Balanço Hídrico

Entradas

SNG

1500

1500

1500

1500

1500

1500

1500

Saídas

SNG

1500

1500

1500

1500

1500

1500

1500

Entradas

SNG

1500

1500

1500

1500

1500

1500

1500

1500

Saídas

SNG

1500

1500

1500

1500

1500

1500

1500

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Adriano Vitor de Sá
Idade: 40 Anos
Sexo: M
Profissão: Engenheiro

Local: Unidade de Anestesia
Paciente: CONFIRMADO

☒ Identificação
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento: ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO
☒ Aplicar ☒ Não se aplica

RISCO DE MORTALIDADE
☒ Sim ☐ Não se aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUSÃO:

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
☒ Não ☐ Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DISPONÍVEL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não
☐ Sim, e se: uso endovenoso adequado e planejamento

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não
☐ Sim, e se: uso endovenoso adequado e planejamento

Assinatura: Dr. Adriano Vitor de Sá
Data: 27/03/18

Assinatura: Dr. Adriano Vitor de Sá
Data: 27/03/18

ANTES DA INCISÃO

Anestesiologista: Dr. Adriano Vitor de Sá

SAÍDA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA
EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E
FUNÇÃO: ☐ Sim ☐ Não

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 instrumental, 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 ANTITROMBÓTICA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☒ Não se aplica
☒ Sim,
Qual: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
☒ Sim
☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

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
☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA
PATOLOGICA ESTÁ IDENTIFICADA
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO
☒ Sim ☐ Não

☒ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Assinatura: Dr. Adriano Vitor de Sá
Data: 27/03/18



Departamento de
Anestesiologia
Atividade P

SAI - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Adriano K. Vieira de Sá

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Unidade: 34108-112

Idade: 31a

Sexo: M

Profissão: Enfermeiro

Estado Civil: Solteiro

Religião: Evangelista

Alimentação: Normal

Medicamentos: Não utiliza

Exames: Não realizou

Outros: Não possui

Estado Emocional/ Mental: Estável

Agitação: Não apresenta

Outros: Não possui

Sinais Vitais: PA 110/70 mmHg

FC: 72 bpm

Temperatura: 36,5°C

Respiração: Regular

Saturação: 98%

Outros: Não possui

TRANSPERATÓRIO

Entrada na Sala: 15:30

Início da Anestesia: 16:15

Término da Anestesia: 17:30

Final da S.O.: 18:30

Cirurgia Realizada: Prostetização de quadril esquerdo

Localização: Quadril Esquerdo

Outros: Não possui

Sinais Vitais: PA 110/70 mmHg

FC: 72 bpm

Temperatura: 36,5°C

Respiração: Regular

Saturação: 98%

Outros: Não possui

Estado Emocional/ Mental: Estável

Agitação: Não apresenta

Outros: Não possui

Sinais Vitais: PA 110/70 mmHg

FC: 72 bpm

Temperatura: 36,5°C

SRPA

Cirurgia Realizada: Prostetização de quadril esquerdo

Localização: Quadril Esquerdo

Outros: Não possui

Sinais Vitais: PA 110/70 mmHg

FC: 72 bpm

Temperatura: 36,5°C

Respiração: Regular

Saturação: 98%

Outros: Não possui

Estado Emocional/ Mental: Estável

Agitação: Não apresenta

Outros: Não possui

Sinais Vitais: PA 110/70 mmHg

FC: 72 bpm

Temperatura: 36,5°C

Respiração: Regular

Saturação: 98%

Outros: Não possui

Estado Emocional/ Mental: Estável

Balanco Hídrico

Entradas: 500 ml

Saídas: 500 ml

Outros: Não possui

Sinais Vitais: PA 110/70 mmHg

FC: 72 bpm

Temperatura: 36,5°C

Respiração: Regular

Saturação: 98%

Outros: Não possui

Estado Emocional/ Mental: Estável

Agitação: Não apresenta

Outros: Não possui

Sinais Vitais: PA 110/70 mmHg

FC: 72 bpm

Temperatura: 36,5°C

Respiração: Regular

Saturação: 98%

Outros: Não possui

Estado Emocional/ Mental: Estável

Legenda

1. Eletrodo

2. Oximetro

3. Sonda

4. Dreno

5. Acesso Venoso

6. Sonda

7. Sonda

8. Sonda

9. Sonda

10. Sonda

11. Sonda

12. Sonda

13. Sonda

14. Sonda

15. Sonda

16. Sonda

17. Sonda

18. Sonda

19. Sonda



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Osteossíntese Fratura Platô Tibial "D"

Data: 24 / 08 / 2018

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente:

Adriano Kerley Vieira de Sousa Idade 31 a

Bloco:

A Enfermaria 119 Leito: 04

Caixa:

Cx Grandes Fragmentos

Nº _____

Circulante:

Kelly / Adenilton

Sala

04

Conferência Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

Placa longa 10 furos 1

Parafuso cortical n° 381 461 301

— " — esponjoso n° 701 ; 651

Dr. Odinei Okemini
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
Clínico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FX PLATO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO 119-4		DATA 23/08/2018	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP PERVIO				mantes
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				16
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				18 24 06 12
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				24 30
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
11	SSVV + CCGG 6/6 H				metino
12	CURATIVO DIÁRIO				curativo
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					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,
 ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

SINAIS VITAIS	PREVISÃO DE ALTA	SEM PREVISÃO	
6 H	PA	FC	FR
12 H	133/83	65	
18 H	110x70	73	21
23 24 H	114x70	71	

Dr. Fernando Rezende
 CRM-RR 2007
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

119-4

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Adriano Venâncio Vieira De Souza</i>					
DIAGNÓSTICO <i>Fratura plav. lateral (D)</i>					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE	LEITO	119-4	DATA	<i>20/08/18</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>SN</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>SN</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				<i>12 18 24</i>
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				<i>12 18 24</i>
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>12 18 24</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				<i>16 24</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>SN</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				<i>SN</i>
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				<i>SN</i>
10	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>SN</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				<i>SN</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>M</i>
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 15514/R

SINAIS VITAIS				
6 H	<i>161 x 128</i>	<i>58</i>	<i>-</i>	<i>36.4</i>
12 H				
18 H	<i>169 x 103</i>	<i>-</i>	<i>81</i>	<i>- 36.5</i>
24 H	<i>140 x 70</i>	<i>95</i>		

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

18b Adm. método de medição de horário, e item 06, após paciente relatar dor intenso. Unif. código 8560.

Geandria dos Santos Pereira
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 751.380-TEC



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA	
AGNÓSTICO	FX PLATO TIBIAL D	
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP PERVO	
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H	
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
11	SSV + CCGG 6/6 H	
12	CURATIVO DIÁRIO	
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	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,
ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:			
SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	Cirurgia		
18 H			
24 H			

Dr. Fernando Rezende
CRM-RR 2007
Residente de Ortopedia e
Traumatologia



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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA		
AGNÓSTICO FX PLATO TIBIAL D		
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S.N.D
2	AVP PERVOIO	manter
4	TENOXCAM 40 MG, IV, 1X/DIA	2x
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S.N
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H	12-18-24
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	4h S.N. 15h
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	Atenção
11	SSVV + CCGG 6/6 H	R.O.M.A.
12	CURATIVO DIÁRIO	R.O.M.A.
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		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,
ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	139x98	62	20	36°C
18 H	149x95	65	20	35,8°C
24 H	15x10	75	20	36°C

Dr. Fernando Rezende
CRM-RR 2007
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

6h - PA = 144/95/75

Plantão diurno: Paciente estável, em entorbo, queixa-se de algia, realizado a adm. do itm 9 três vezes relatado, adm. mcpm. O ferido ssvv, nada mais a relatar.

Rosângela A. Delmir
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 663560



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA		
AGNÓSTICO FX PLATO TIBIAL D		
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA
	119-4	26/08/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	8h
2	AVP PERVOIO	10h
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	10h
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	10h
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H	10h
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	10h
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	10h
11	SSVV + CCGG 6/6 H	10h
12	CURATIVO DIÁRIO	10h
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		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,

ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,

ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA - SEM PREVISÃO

6 H	PA	FC	FR	
12 H	16x10	87	20	35.9
18 H	150x90	80	19	36.2
24 H	16x10.7	80		36.0

Dr. Fernando Rezende
 CRM-RR/2007
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

NO

09:00 Realizado troca de RUP, em ms D, e lco 20.
 12h 130x81 mmHg F85.
 Plantão noturno: administrado medicações
 prescritas, afundo, SSVV e curativos locais.

Nome: <u>Adriano, Kerley Oliveira de Souza</u>	
DATA: <u>26/08/18</u>	Localização / Região <u>M.T.D</u>
☒ GRAU - I x 2	
☐ GRAU - II	
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☒ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm
Aparência do Leito:	☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico
Quidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante
Tipo de exsudato:	☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo
Dor:	☒ Sim ☐ Não
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor
Condição da pele Perilesional:	☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras _____
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>Diário</u>
Crbo e ass. Tén em Enfermagem	01- <u>Jucilene Gomes de Lima</u> Auxiliar de Enfermagem COREN RR 389.801 02- <u>Ana Carolina Silva Garcia</u> Téc. em Enfermagem COREN RR 284.622
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01- _____ 02- _____
OBS:	OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com #2 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

1194

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FX PLATO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
		119-4		27/08/2018	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP PERVO				
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIÁRIO				
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					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Brfg. Eduardo Gomes, S/N
 Novo Planalto Tel (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

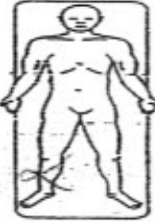
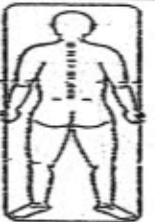
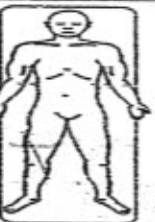
27 SET 2018

Certifico e Dou Fé que a presente
 cópia é fiel reprodução Original
 que foi apresentado neste Hospital

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA				
SINAIS VITAIS				
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	138	85	-	36.8
18 H				
24 H				

Dr. Fernando Rezende
CRM-RR 2007
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

11: Paciente no leito, hipotensão sistólica sem glicose até o momento

Nome: <u>Adriano Rêdy V. de Sousa</u>	
DATA: <u>27/08/18</u> ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região: <u>MEM</u>  
DATA: <u>27/08</u> ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região: <u>MEM</u>  
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante
Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo
Dor:	☐ Sim ☒ Não
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor
Condição da pele Perilesional:	☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 4% ☒ Clorexidina 2% ☐ Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro: _____
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde
Data da Próxima troca:	☒ Diária
Em caso de + de 24hs	<u>Rosneide P. Nunes</u> 01- T. em Enfermagem COREN-RR 778.677
Carimbo e Ass. do Enfermeiro	02- <u>Vanessa da Silva Moraes</u> Técnica Enfermagem COREN-RR 965.152 TE
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 Adriano Kuntz Lima da Silva 31 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 27 / 08 / 18 COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura de Rádio Ulnar

NO DIA 26 / 08 / 18 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Redução e fixação de Fratura de Rádio Ulnar SENDO
OPERADO PELO DR. Vitor Dourado E DR. Cláudio

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 27 / 08 / 18 ÀS 12:30 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 20 / 09 / 18 ÀS 07:00 COM O
DR. Cláudio

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Residência:
Av. Brig. Edyr de
Novo Planalto Tel: (68) 3

28 SEP 2018

Certificado de

ORIENTAÇÕES GERAIS :

14 JAN 2019

- 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.

BOA VISTA 27 / 08 / 18

MÉDICO



59.8 %

17/8/2018 13:57:13



60.0 %

17/8/2018 13:57:13

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

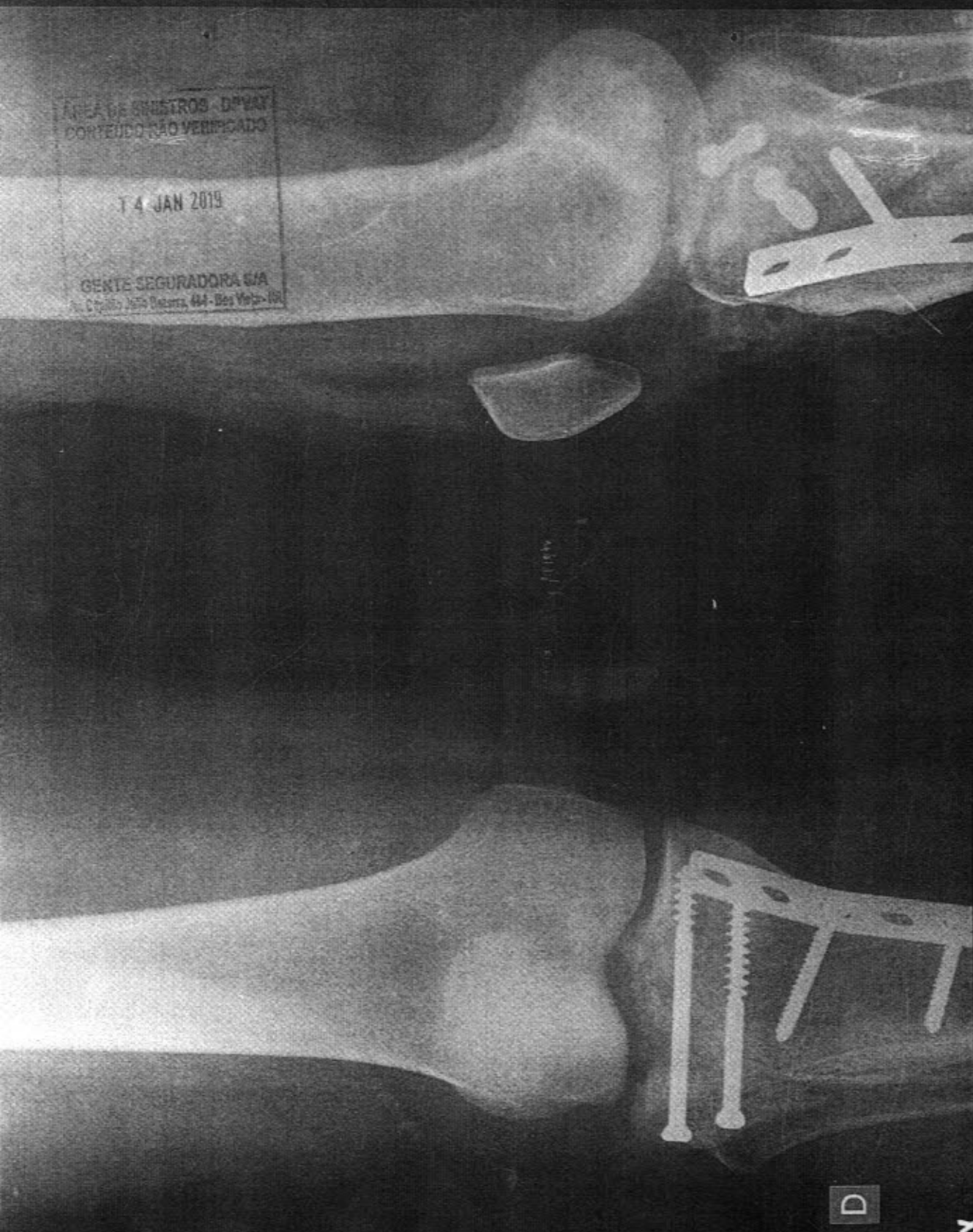
14 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - BR

ADRIANO KERLY VIEIRA DE SOUZA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ROSANGELA/ED. ERINELSON



ÁREA DE SINISTROS - DPVAX
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

GENE SEGURADORA S/A
R. C. Costa Neto, 444 - São Vito - SP

27/8/2018 11:11:32

65.3 %

27/8/2018 11:11:32

61.1 %

, ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TEC EDSON ILZA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



CARTEIRA DE IDENTIDADE

ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazzera, 404 - Boa Vista - RJ

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

001.877.602-76

ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

16/08/1987

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2360219-8 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/07/2014

NOME ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

FILIAÇÃO ANTONIO DOMINGOS BRASIL DE SOUSA

MARLETE VIEIRA DE SOUSA

SANTAREM-PA 16/08/1987
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

DOC. ORIGEM CERT. NASC. N. 65.542 FLS. 186
LV. 160A CART. 3. OF. SANTAREM-PA

CPF

PAC03-NSD 2A. VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1747870879

PROIBIDO PLASTIFICAR
1747870879

Nome: SANTA HELENA FRACALOSSI DE MELO

DOC. IDENTIFIC. (CPF, RG, PASSAPORTE)
489049 SSP RO

CPF: 421.026.772-49 DATA NASCIMENTO: 15/01/1972

FUNÇÃO: JUNELSON FRACALOSSI

MARTA ANNA FRACALOSSI

PERMISSÃO: ACC CAT. HAB: AB

Nº REGISTRO: 02798991920 VALIDADE: 04/12/2023 HABILITAÇÃO: 17/02/1993

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: BOA VISTA, RR DATA DE EMISSÃO: 06/12/2018

ANTONIO FRANCISCO DESEBIA MARQUES
DIRETOR DE CATEGORIA
48926851446
RR209948647

ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR N° 011387732018

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 90271025844
00925063894

NOME/ENDEREÇO
CLAUDOMIRO VENANCIO DE LIMA
BR 174 APT
CAUAME Nro:522
BOA VISTA-RR 69311137

CNPJ 851.270.511-68 PLACA NAO4016

NOME ANTERIOR
BRUNO AGUIAR LOPES

PLACA ANT/UF CHASSI
9C2JC30707R192739

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CB 125 FAN ANO FAB. 2007 ANO MOD. 2007

CAP/POT/CIL 2P/0124CC/ CATEGORIA PART. CU COR PREDOMINANTE PRETA

OBSERVAÇÃO
SEM RESERVA DE DOMINÂNCIA
* PROIB. SAIR AR. DE TRIBUTARIO

Luiz Eduardo Silva de Castro
Diretor Presidente Interno

BOA VISTA-RR DATA 19/01/2016

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190032931 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 17/08/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

OUTORGANTE (Beneficiário)

14 JAN 2019

Nome: Adriano Kerley Vieira de Souza
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: solteiro
Profissão: Enter
Identidade: 2360219-8 CPF: 001.877.602-76
Endereço: R: Gal. Penha Brasil Bairro: João Francisco
Cidade: Boa Vista CEP: 69.305-130

OUTORGADO (Procurador)

Nome: Tânia Helena Fracalossi de Melo
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: casada
Profissão: Autônoma
Identidade: 488049 CPF: 421.026.772-49
Endereço: R: Antônio Augusto Martins Bairro: João Francisco
Cidade: Boa Vista CEP: 69.305-270

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representa-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar o sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato.

Local e data:

Boa Vista, 04 de Outubro de 2018.

Adriano Kerley Vieira de Souza
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

Reconhecimento/ Autenticação
no verso.

Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015135/19

Vítima: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

CPF: 001.877.602-76

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 17/08/2018

Titular do CPF: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO : 421.026.772-49

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA : 001.877.602-76

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/01/2019
Nome: TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO
CPF: 421.026.772-49

TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2019
Nome: JOSE THOMAZ DO NASCIMENTO JUNIOR
CPF: 383.267.872-72

JOSE THOMAZ DO NASCIMENTO JUNIOR