

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: 19/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THAINARA DOS SANTOS LOPES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 00000066996-5

Nr. da Autenticação D43C429301D549B4

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190278225 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THAINARA DOS SANTOS LOPES **Data do acidente:** 09/11/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA E FIBULA DIREITA.

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

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



FICHA DE ATENDIMENTO
EQUIPE SAMU BY
BRAVO I

Nº

1957



UNIDADE

EQUIPE:

Leônidas / Erickas / Lui / net

Paciente: Thainara dos Santos hope
 Nacionalidade: Brasileira
 Endereço: Rua 27 de Setembro 3800

Idade: 21 anos Sexo: F

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

Sairro: CampanhaNº 20926 DATA 09/11/18

Médico (a) Regulador(a) CRM:

DR = HeloisaHORA J/9: 19:13BASE HVIA ()

() RÁDIO

HORA J/10: 19:20

() CELULAR

 SOCORRO TRANSPORTE ATENDIDO NO LOCAL OUTROPror. a agua 370L

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

AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLENCIA	OUTROS
<input type="checkbox"/> Capotamento	<input type="checkbox"/> Uso do cinto	<input type="checkbox"/> PAB	<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto
<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Vítima projetada	<input type="checkbox"/> FAF	<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.
<input type="checkbox"/> Colisão AUTO X	<input type="checkbox"/> Vítima encarcerada	<input type="checkbox"/> Espetramento	<input type="checkbox"/> Acidente Doméstico
<input type="checkbox"/> Motorista	<input type="checkbox"/> Air Bag Acionado	<input type="checkbox"/> Violência Doméstica	<input type="checkbox"/> Quelmadura Agente
<input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro	<input type="checkbox"/> MOTOCICLETA	<input type="checkbox"/> Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Afogamento
<input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro	<input type="checkbox"/> Colisão MOTO X	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Agressão p/ animal
<input type="checkbox"/> PEDESTRE	<input type="checkbox"/> Queda de moto	<input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>+ romana</u>
<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Atropelamento		
<input type="checkbox"/> VIÁRIA	<input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta		
	<input type="checkbox"/> Piloto	<input type="checkbox"/> Garupa	

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input checked="" type="checkbox"/> AVDN
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Taquicardico	<input type="checkbox"/> Mofo
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipnélia	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Midriase
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Tequilpnélia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar ecima de 2"	<input type="checkbox"/> Anisocoria TJD
<input type="checkbox"/> Edema de Glote	<input type="checkbox"/> Roncos	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado
<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Sibilos	<input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> DNV
	<input type="checkbox"/> Respiração paradoxal	<input type="checkbox"/> Cianose de extremidade	

Horas	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esg. MUS:	APAGAR
Inicio	<u>10:44</u>	<u>120x90</u>	<u>105</u>	<u>97%</u>				
Fim	<u>19:58</u>	<u>120 x90</u>	<u>104</u>	<u>99%</u>			(06)	

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Confusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Esconderões	<input type="checkbox"/> Escorregões	<input type="checkbox"/> Esco
<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Escoriação	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacer
<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Lacerçao	<input type="checkbox"/> Lacerções	<input type="checkbox"/> Hematomas	<input type="checkbox"/> Tórax instável	<input type="checkbox"/> Distensão
<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Desvio de traquéia	<input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Embolia
<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Afundamento	<input type="checkbox"/> Luxação	<input type="checkbox"/> Emissa subcutânea	<input type="checkbox"/> Perda Aspirativa	<input type="checkbox"/> Dolores
<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Fer. penetrante	<input type="checkbox"/> Mandíbula	<input type="checkbox"/> Corte	<input type="checkbox"/> Empalamento	<input type="checkbox"/> Evisceratio
<input type="checkbox"/> Cianótica					

Pelve	Coluna Dorsal	MMSS	MMII	QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão	
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input checked="" type="checkbox"/> Escoriações (MSCE)	
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Luxações	
<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Lacerções	<input type="checkbox"/> Lacerções	
		<input type="checkbox"/> Fratura	<input checked="" type="checkbox"/> Fratura (M10)	
		<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Amputação	

SISTEMA CARDIACO		SISTEMA RESPIRATÓRIO		SISTEMA DIGESTIVO	
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Digestivo	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Infecções	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Obstétrica	<input type="checkbox"/> HAS	
<input type="checkbox"/> Flutter		<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Cútra	<input type="checkbox"/> Medicação de uso	
		<input type="checkbox"/> Cardiovascular			
		<input type="checkbox"/> Aborto			

GRAVIDEZ	LESÃO	ESTADO	LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA
<input type="checkbox"/> ILESO	<input type="checkbox"/> PEQUENA	<input checked="" type="checkbox"/> SEVERA	

INCIDENTE	AREA DE SINISTROS - DPVAT	Assinatura e Cachimbo Médico (Unidade de Destino)	MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS
	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		(C1PTUPO01)

INCIDENTE	DATA	OBSERVACOES	SIGLA
	15 ABR 2019	Em 11/04/19	Stephanie

INCIDENTE	DESTINO	ASSINATURA

INCIDENTE	DESTINO	ASSINATURA

INCIDENTE	DESTINO	ASSINATURA

Descrição:

Nome do Receptor:

Função do Receptor:

Assinatura do Receptor:

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

Assinatura do Paciente:

RG:

TESTEMUNHA 01:

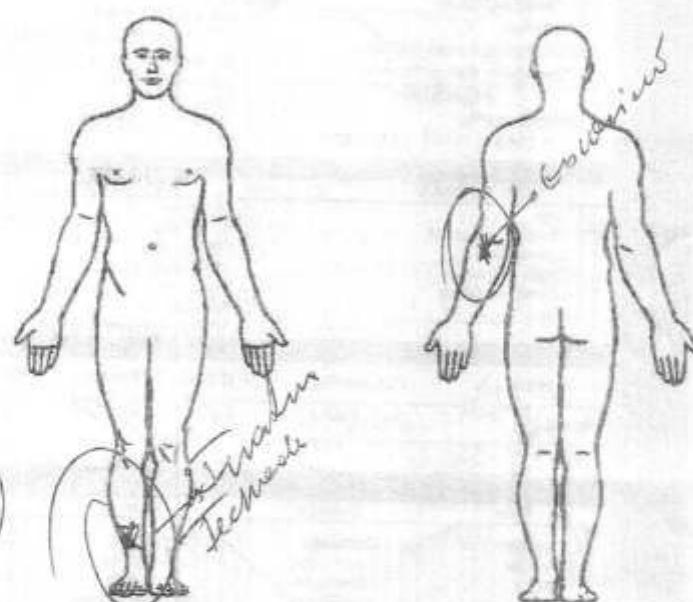
RG:

TESTEMUNHA 02:

RG:

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana:	Movimentos fetais:	Lunares priso. 6, M., P., compresa. golpe adutor, RL 500 ml, jeto 18, lequim e sifavacolipr.
Perda de líquido:	BCF:	
[] Com certão	[] Sem certão	

Alterações Oculares	Classificação	Pontos
Olhos abertos permanentemente à estimulação	Espontânea	1
Olhos abertos em caso de voz normal ou em voz alta	Ao som	3
Olhos abertos após estímulo de extensibilidade dos dedos	A pressão	2
Auscultada persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Outras Reaktionen devido a fator local	Não testável	NT
Resposta visual	Possui	
Resposta visuomotoria relativamente normal e rápida, rápida e dura	Distorcida	3
Resposta não orientada mas comunicativa-contante	Confusa	4
Posições hachadas inconvenientes	Pelotadas	9
Aparência gêmeana	Sons	2
Auscultada de mioclonia suave, sem banchas de interferência	Ausente	1
Fator que mantém com a comunicação	Não testável	NT
Reação rectora	Possui	
Curvatura da cintura - com 2 agulhas	A cintura	1
Deviação da mão acima do nível da articulação ao estímulo de cintura ou pulso	Localização	5
Flexão rígida do membro superior acima da cintura, padrão predominantemente não espontâneo	Flexão normal	4
Flexão rígida do membro superior acima da cintura, padrão predominantemente anormal	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior acima da cintura	Estendido	2
Auscultada de movimento das extensões suaves, reflexos anormais, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	Não testável	NT

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

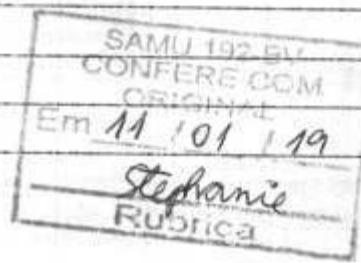
09/11/18 - Agravamento p/ ocorrência de maltrato traumático (trauma), se chegou no 08H com dor lombar 3 intensas, sendo 1 acometida pela SAMU, 1 pelo B10 e outra pelo B1, vítima em 00H, sexo F, 21 anos, LOTE, seu rapaz (até onde foi possível), apresentando lesões nos 14 S@ + Fraturas fechadas de Fibula e Tíbia, foi submetido cirurgia ligações, protocolo de trauma, apêndito serv. Enviado para o hospital de trauma com parâmetro Relyshers 182.

OBS: Resgate feito devido ferimento na cintura com ferme

ÁREA DE RESPONSABILIDADE - DEPARTAMENTO

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 ABR 2019



Verificado
Carimbo SAMU 192 GV

ONDE POSSA

TODOS OS MUNICÍPIOS DO

1/3 MUNICÍPIO DE PARÁ

MESMO MUNICIPIO

PROTEGENDO PRODUTOS

DE PRODUÇÃO FAMILIAR
E INDUSTRIAL

PT

Dr. Alberto Ferreira de Souza
Cirurgião e Traumatologista
CRM-AP 1617
CRA-AP 1501
Médico Especialista Traumatologista

NÃO FOI POSSUÍR PÓS-
INSTRUÇÕES P/ COPO

COPAR



Dr. Alberto Ferreira de Souza
Cirurgião e Traumatologista
CRM-AP 1617
CRA-AP 1501
Médico Especialista Traumatologista



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Lilianava da Costa PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

Lilianava da Costa

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

LEITO

104-2

DATA

10/11/18

ÍTEM

PREScrição

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

11/11/18

2 AVP

11/11/18

3 CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H

11/11/18

4 TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

11/11/18

5 DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H

11/11/18

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

11/11/18

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

11/11/18

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

11/11/18

9 RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N

11/11/18

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

11/11/18

11 CURATIVO DIARIO

11/11/18

12 SSVV + CCGG 6/6 H

11/11/18

13

11/11/18

14

11/11/18

15

11/11/18

16

11/11/18

17

11/11/18

18

11/11/18

19 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:

18h pt admitido neste bloco procedente as 12h. do trauma feito medicacões de horários pt relata dôr forte medicacões Sem queixas segue aos cuidados da Enf: tec vales

AUX DE ORNISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 ABR 2019



BLA-104-2 10/11/18

Regulação Interna



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. BRIG. EDUARDO GOMES, 515
Novo Pianalto Tel (95) 2121-0000

AUTENTICAÇÃO

31 JAN 2019

Certifico que a presente
cópia é fiel reprodução original
que foi apresentado neste Hospital.

SINAIS VITAIS	PA	FC	GENTE SEGURADORA SVA
6 H	114x70	92	-
12 H			
18 H	162/96	98	-
24 H	114x68	92bpm	36-7
24:H	121x66	908	-
			36,8 C

204.2

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE		THAINARA DOS SANTOS LOPES				
AGNÓSTICO		FX DOS OSSO DA Perna D				
ALERGIAS		HAS	DM2			
IDADE		LEITO	104-2	DATA	11/11/2018	
ITEM	PREScrição				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				SN	
2	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN	
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N				SN	
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN	
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				12 18 24 06	
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN	
11	SSVV + CCGG 6/6 H				12 18 24 06	
12	CURATIVO DIÁRIO				M	
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.						
As 14:00 - PA - 120x80 P-112. Plicado Oz.						
# SOLICITADO:						
# CONDUTA: MANTIDA						
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA						
SINAIS VITAIS						
6 H	PA	FC	FR	T	36,5	
12 H	140x80	108		35AC	16	
18 H	110x80	95			NO	
24 H	110x79	80		36,2	16	
Dr. Fernando Rezende CRM-RR 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia						
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO						

15 ABR 2019



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



15 ABR 2019

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	THAINARA DOS SANTOS LOPES	
AGNÓSTICO	FX DOS OSSO DA Perna D	
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	104-2
ITEM	PREScriÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	SF 0,9% 500ML EV S/N	7
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N	SN
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	7
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H	18 04 06
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	7 SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	7
11	SSVV + CCGG 6/6 H	Rotina
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.

Alta NR - Aguardar protocolo

Muitos da casa

Dr. Fernando Rezende
CRM-RR/2007

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



PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA			
SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	120x70	103	36.200
18 H			
24 H			

12H pot no belto, mcpm, dor do lado esquerdo volta

Riolizado cuidados excesso

Edmar de Almeida Matos

Téc. de Enfermagem
COREM-RR 907.672



SAME

Arquivo medico e solicitação de laudos

AMAZONAS
GOVERNO DO ESTADO

LAUDO MEDICO

Sr. (a) Thainara dos santos Lopes

No dia 19/11/2018 às 06:47hs idade 25a/03M/18a

» Vítima de trauma em perna ♂ com evoluções de 04 dias, apresentando fratura dos ossos de perna.

Realizado redução cruenta e osteossíntese

ÁREA DE GESTOES - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Captação João Rezende, 414 - Boa Vista - RR

Dr. Alessandro Rupp
CRM-RN 111.733

Informações transcritas da ficha de atendimento nº 602094

Manaus, 04 de 01 de 2019



FICHA DE ATENDIMENTO

Prontuário: 000602094

DEVERNO DO ESTADO DO

AMAZONAS

ORT

DATA

19/11/18

Registro....: 1540722 - THAINARA DOS SANTOS LOPES (Feminino)

Nome Mãe: MARIA HELENA DOS SANTOS RODRIG

Data Nasc.: 31/07/1997 - 21 anos, 3 meses e 18 dias

Admissão: 19/11/2018 às 06:47

Endereço: RUA HC-03, 740 - SENADOR HELIO CAMPOS

CEP.....: 69316448 - Cidade/UF: BOA VISTA/RR - Contato: 92991683175

Cor...: Parda

CNS.: 708008800872921

06:47

TRIAGEM DA ENFERMAGEM

PESO kg	TEMPERATURA °C	P.A. mmHg	F.C. bpm	GLICEMIA mg/dL	SATURAÇÃO %

VERDE

1º Especialidade: ORTOPEDIA

Observações: VITIMA DE QUEDA HA 4 DIAS COM CALHA GESSADA NO MÍ DIR. COM DORES

HDA:

Transtornos na perna. Evolução de 4 dias. Em FR e/ calha gessada curso produtivo.

Diagnóstico:

Fratura da TIBIA

CID: S 82.2

Conduta:

Rx da perna SLAB perf.

PROCEDIMENTO:	<input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> DRENAGEM <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> SUTURA <input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO
EMCAMINHAMENTO:	<input type="checkbox"/> ALTA MELHORADO <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> ALTA A PEDIDO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA DATA: / / HORA: :	<input type="checkbox"/> ALTA POR INDISCIPLINA

* ESTE É UM DOCUMENTO HOSPITALAR, NÃO PODE SER RETIRADO DA UNIDADE.

2001305-6

Dr. José Viana de Souza



Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2-CNES 2 0 1 3 6 4 9	
1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL PRONTO SOCORRO 28 DE AGOSTO		4-CNES 2 0 1 3 6 4 9	
3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL PRONTO SOCORRO 28 DE AGOSTO			
Identificação do Paciente		5- N.º DO PRONTUÁRIO	
6- NOME DO PACIENTE THAINARA DOS SANTOS LOPEZ		7- SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
8- DATA DE NASCIMENTO / / /		9- RAÇA / COR 10- RAÇA / COR	
11- NOME DA MÃE		12- TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> N.º DO TELEFONE	
13- NOME DO RESPONSÁVEL		14- TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> N.º DO TELEFONE	
15- ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)		16- CÓD. IBGE MUNICÍPIO	
17- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		18- UF	
		19- CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Transmitido via ferma
direta com 4 dias de evolução.
Presente dor, edema, deformidade
e impotência funcional.

E JUSTIFICAM A INTERNACAO
Tratamento ortopédico

-22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
<i>Quadro clínico + RX</i>			
-23- DIAGNÓSTICO PRINCIPAL FRATURAS DE TIBIA	-24- CID 10 PRINCIPAL S82.2	-25- CID 10 SECUNDÁRIO	-26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
-27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO OSTEOSINTSE		-28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
-29- CLÍNICA ORTOPEDIA	-30- CASA/TER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA	-31- DOCUMENTO (CNS) (W) CPF 0613121017818214916	-32- N.º DOCUMENTO (CNS/ICPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE SOUZA
-33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE José Viana de Souza		-34- DATA DA SOLICITAÇÃO 19/11/18	-35- ASSINATURA E CARIMBO (E) DO REGISTRO DO CONSELHO <i>Spedimed Souza</i>
PREENCHER EM CASO DE SAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
-36- N.º DO BILHETE		-41- SÉRIE	

PREENCHER EM CASO DE SAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- [] ACIDENTE DE TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOR
37- [] ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA		
38- [] ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		46- EMPREGADO	
[] EMPREGADO [] EMPREGADOR		[] AUTÔNOMO	[] DESINVESTIDO
		[] APOSENTADO	[] NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO			
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47- CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48- N° DO DOCUMENTO		49- N° DOCUMENTO (CNIS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
[] CNS	[] CPF		
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO		51- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
/ /			



Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2- CNES 2 0 1 3 6 4 9	
1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL PRONTO SOCORRO 28 DE AGOSTO	3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL PRONTO SOCORRO 28 DE AGOSTO	4- CHES 2 0 1 3 6 4 9	
Identificação do Paciente		5- N.º DO PRONTUÁRIO	
6- NOME DO PACIENTE	7- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8- DATA DE NASCIMENTO	9- SEXO Masculino <input type="checkbox"/> 1 Feminino <input type="checkbox"/> 3
10- NOME DA MÃE	11- NOME DO RESPONSÁVEL		12- TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> Nº DO TELEFONE <input type="text"/>
13- ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)	14- TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> Nº DO TELEFONE <input type="text"/>		15- CÓD. IBGE MUNICÍPIO 16- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
		17- UF <input type="text"/>	18- CEP <input type="text"/>
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- 30 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
Transtorno psíquico com perda
de memória, de vez em quando violento.
Apresenta dor, dolorência, defecando
e urinando frequentemente.

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTENÇÃO	22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	23- CID 10 PRINCIPAL	24- CID 10 SECUNDÁRIO	25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
<i>Exame de sangue + RX</i>	<i>Exame de sangue + RX</i>	<i>Código: 00001</i>	<i>Centro de Segurança das Asociadas - Rua Coronel João Belo, 481 - Rio Vista - RR</i>	<i>00001</i>
26- DIAGNÓSTICO INICIAL	27- PROCEDIMENTO SOLICITADO	28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
<i>Exame de sangue + RX</i>	<i>Exame de sangue + RX</i>			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROcedimento SOLICITADO		26-CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
30-CARÁTER DA INTENÇÃO ORPEDIA URGENCIA		31- DOCUMENTO 1) CNS 4) CPF 766107811791
33-NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE José Branci de Souza		34-DATA DA SOLICITAÇÃO 19/11/18
35-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO José Branci de Souza)		
PREENCHER EM CASO DE SAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)		
36-Nº DO BILHETE	41-SÉRIE	

PREENCHER EM CASO DE SAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36- <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURODORA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CSOR	
37- <input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	40- CNPJ DA EMPRESA			
38- <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO				
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
<input type="checkbox"/> EMPRESADO	<input type="checkbox"/> EMPREGADOR	<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO	<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> APOSENTADO	<input type="checkbox"/> NÃO SEGURADA
AUTORIZAÇÃO				
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47- COD. ÓRGÃO EMISSOR	52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
<input type="checkbox"/> CRÉDITOS / <input type="checkbox"/> CPF		48- N° DOCUMENTO (CNSICPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO		51- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		
/ /				

21.11.18

12:00 Recebi paciente Siciada, orientada, supina, agudil, acamada, internada desde o dia 19.11, deu entrada com fratura na tíbia e fíbula, não deambula, diurese presente, não defeca desde que deu entrada nessa unidade, não consegue se alimentar, por falta de apetite

13:00 Foi administrado clindamicina via EV.

16:00 Foi administrado tenoxicam via EV

18:00 Foi administrado ranitidina via EV

18:55 UVIAS 24 x 79 T: 37.3 P 68

Rosana Farias Moreira da Silva
COREN/AM 0001.323.736-TE

Rosana Farias Moreira da Silva
COREN/AM 0001.323.736-TE

03:09 : Recebi paciente orientada, sem alterações.
23:59 : foram realizadas as medicações necessárias.
06:59 : Realizado suas medicações prescrita pelo médico:

Rosana Farias Moreira da Silva
COREN/AM 0001.323.736-TE

L-11

DATA: 25/11/58

NOME: Thainara dos Santos Lopes
SEXO: F
IDADE: 21

ENF.: Ortopédica

LEITO: 657

REG: 4540975
PESO:

MANHÃ	ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM	TARDE	ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM	NOITE	ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM
07/00	Pac. nro 60º f c/ jeto	13/00	Raposo.	—	
	Saluigela, hote, espuma,	14/00	Responda.	—	
	com escoria. S1 quei	15/00	acei fcu laranja.		
	Xad no horário.	18/00	Dipirona 2g. d.p. av.		
09/00	acei fcu laranja.	—	acei fcu fcu fcu.		
10/00	Rai fútilia seng. d.p. av	19/00	Sengue. abd curioso.		
—	Tensão cap. 20g. d.p. av	—	de enfermidade.		
12/00	Dipirona 2g. d.p. av				
—	acei fcu amostra				
—	segue os resultados				
—	de enfermagem.				

NOME: **Thainara dos Santos Lopes**SEXO: **F**IDADE: **31**DATA: **27/08/2018**REG: **1540975**ENF.: **Endoprediz**

PESO:

MANHÃ: ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

TARDE: ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

NOITE: ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

07100 Proc. uo leito c/

13100 Repouso.

velo salivagogo, baba

14100 Repouso.

Surpreça, urinose

15100 acalma. Parceria

dar si ameaçada

18100 Depuração

220 d.9. e)

corro aoe farlavene

oxa fara preferir

das reabilitação sds dho niso

sepe: labrada

1800 Diáspora 20. d. o.

de raro fadimogen.

apoiava o Dusso

sepe os cardo

- oleo endovenoso

- 86 malvado t. pedot

Coron. 3muss

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Caféto Jklo Bezerra, 424, Boa Vista - RR



NOME: Thaumônc des Santiom Lopes

HO: Chippewa 35 Wanda

DPO

NOME: T. NOVA MOURA		DATA: 26/11/2015		IDADE: 21		ADMISSÃO: / /		REG: J540975		LETO: J57			
EXAME FÍSICO		DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM							
GABEÇA / PESCOÇO E NEUROLÓGICO		OXIGENIAÇÃO		1. Verificar: TPR - PA - FC - SAT-02- PVC		1. h		MATUTINO: 07:00 Poco sono de sono					
<p>Nível da consciência: () Consciente () Inconsciente</p> <p>() Sedado () Alerta () Jamais () Desorientado</p> <p>Pupilas: () Regular () Enlarged () Hiperféricas () Mielofácticas</p> <p>- Acracidade visual: () Normal () Diminuída</p> <p>- Atividade auditiva: () Normal () Diminuída</p> <p>Narinas: () Patentes () Obsturadas</p> <p>Higiene bucal: () Favorável () Razoável () Precária</p>		<p>() Troca das Gases Prejudicada, () Desobstrução</p> <p>Inexist. das Vias Aéreas, () Infecção respiratória</p> <p>Ineficaz relacionado a: () Nervos e traqueas bronquial</p> <p>aus. () Edema, () Dano muscular esquelético, () dor, () Disfunção na relação vont./sair, () Outros</p> <p>DOR relacionado a: () lesão fisiotrauma, () Lesão quimiotraumática, () Outros</p>		<p>2. Realizar controle hídrico 8/8h</p> <p>3. Realizar Medidas de Higiene e Conforto:</p> <p>Enc. Ao banho de amparo/realizar banho no leito</p> <p>Orientar/realizar higiene oral;</p> <p>Realizar Higiene Interna a cada troca de fraldas;</p> <p>Orientar/tratativa massagem de conforto</p>		<p>Enc. Ao banho de amparo/realizar banho no leito</p> <p>Orientar/realizar higiene oral;</p> <p>Realizar Higiene Interna a cada troca de fraldas;</p> <p>Orientar/tratativa massagem de conforto</p>		<p>7:00 acorda, banho 07:00 Particularia Sos. Alimentação 07:00 Tomar medicamento 07:00 Tomar medicamento</p>					
ESCALA DE COMA DE GLASGOW:		HIDRATAÇÃO		<p>4. Trocar frasco do TOT - TQT - SNG - SNE - SVD e elato-dos apds o banho;</p>		<p>5. Trocar frasco do aminido venoso periférico/central diariamente - obs e registrar aspecto (sinais da infiltração e flebite);</p>		<p>07:00 acorda, banho 07:00 Segunda aula 07:00 Segunda aula 07:00 Segunda aula 07:00 Segunda aula</p>					
TÓRAX E PULMÕES		EXPLORAÇÃO		<p>6. Aspirar VAS - TOT - TQT / h dia ou (s/n);</p>		<p>7. Manter acesso venoso perif. e dardo;</p>		<p>07:00 acorda, banho 07:00 Segunda aula 07:00 Segunda aula 07:00 Segunda aula 07:00 Segunda aula</p>					
<p>· Expanção: () Simétrico () Asymétrico () TSG, () TIC</p> <p>02: () Cateletor () macronebulização () Inh.</p> <p>Ronchinhos: () Espontâneo () NPM</p> <p>FR: () Saturação: a %</p> <p>Tosse: () Ausentes, () Socas, () expectoração</p> <p>Murmúrio vesicular: () Ausente, () Presentes</p> <p>Ruidos Adventiciais: () Ausentes () Ríticos</p> <p>Respiratórios: () Estertores () Diminuído () FE () PD</p>		<p>3. Risco para sofrer o volume líquido relacionado a:</p> <p>() Diádotos () Drenos () Parâmetro () Excreto de fezes () Grande número de procedimentos invasivos</p> <p>ALIMENTAÇÃO</p> <p>1. DEGESTÃO PREJUDICADA RELACIONADA A:</p> <p>() NPG, () Nafotile () Edope () Inunma de face</p> <p>2. ALTERAÇÕES DAS NECESSIDADES NUTRICIONAIS:</p> <p>() Diminuídas () Aumentadas</p> <p>ELIMINAÇÃO</p> <p>1. INCONTINÊNCIA URINARIA RELACIONADA A:</p> <p>() Inabilitação neurológica () ITRM () ITU () SVD</p> <p>2. RETENÇÃO URINARIA RELACIONADA A:</p> <p>() Sustágio () Incontinência () Mobilitade prejudicada</p> <p>APARELHO GASTRO INTESTINAL</p> <p>- Apetite: () Normal () Diminuído () Aumentado</p> <p>() Dieta VO () Alojam () SNG/SNE</p> <p>Ruidos Intestinais: () Ausentes</p> <p>() Presentes (Normal / Diminuído / Aumentado)</p> <p>Audiomento: () Piano () Giroscópio () Distendido</p> <p>() Ascite () Rígido () Flácido () Timpônico</p> <p>Eliminações: Nº episódios () Normal</p> <p>() Diarréia () Constipação () Melena</p> <p>APARELHO GENITO-URINARIO</p> <p>Diversas: () Esperentina () Esteriorizada () SVU</p> <p>() Urinária () Concreta () Sedimentada () Hematuria</p> <p>() Poluina () Disúria () Uriguria () Anuria</p> <p>TEGUMENTAR / MUSCULO ESQUELÉTICO</p> <p>Cuidados Corporal: () Asseado () Falta de Asseio</p> <p>Pele: () Desidratada () Úmida () Hidratada</p> <p>Indstão Clínica</p> <p>Edemas</p> <p>Intraclínica/Extraclinica () MSE () MSD Sub-clávica () DCE</p>		<p>() Higiene das Vias Aéreas, () Infecção respiratória</p> <p>Inexist. das Vias Aéreas, () Infecção respiratória</p> <p>Ineficaz relacionado a: () Nervos e traqueas bronquial</p> <p>aus. () Edema, () Dano muscular esquelético, () dor, () Disfunção na relação vont./sair, () Outros</p> <p>DOR relacionado a: () lesão fisiotrauma, () Lesão quimiotraumática, () Outros</p>		<p>1. Verificar: TPR - PA - FC - SAT-02- PVC</p> <p>2. Realizar controle hídrico 8/8h</p> <p>3. Realizar Medidas de Higiene e Conforto:</p> <p>Enc. Ao banho de amparo/realizar banho no leito</p> <p>Orientar/realizar higiene oral;</p> <p>Realizar Higiene Interna a cada troca de fraldas;</p> <p>Orientar/tratativa massagem de conforto</p>		<p>1. Verificar: TPR - PA - FC - SAT-02- PVC</p> <p>2. Realizar controle hídrico 8/8h</p> <p>3. Realizar Medidas de Higiene e Conforto:</p> <p>Enc. Ao banho de amparo/realizar banho no leito</p> <p>Orientar/realizar higiene oral;</p> <p>Realizar Higiene Interna a cada troca de fraldas;</p> <p>Orientar/tratativa massagem de conforto</p>		<p>07:00 acorda, banho 07:00 Segunda aula 07:00 Segunda aula 07:00 Segunda aula 07:00 Segunda aula</p>			
TÓRAX E PULMÕES		EXPLORAÇÃO		<p>4. Trocar frasco do TOT - TQT - SNG - SNE - SVD e elato-dos apds o banho;</p>		<p>5. Trocar frasco do aminido venoso periférico/central diariamente - obs e registrar aspecto (sinais da infiltração e flebite);</p>		<p>07:00 acorda, banho 07:00 Segunda aula 07:00 Segunda aula 07:00 Segunda aula 07:00 Segunda aula</p>					
APARELHO CARDIO VASCULAR		EXPLORAÇÃO		<p>6. Aspirar VAS - TOT - TQT / h dia ou (s/n);</p>		<p>7. Manter acesso venoso perif. e dardo;</p>		<p>07:00 acorda, banho 07:00 Segunda aula 07:00 Segunda aula 07:00 Segunda aula 07:00 Segunda aula</p>					
<p>Rumo cardíaco: () Regular () Irregular FC: a</p> <p>Pulso Periférico: () Rítimo () Arritmico PA: X</p> <p>Portfólio Periférico: () Normal () Diminuída</p>		<p>1. DEGESTÃO PREJUDICADA RELACIONADA A:</p> <p>() NPG, () Nafotile () Edope () Inunma de face</p> <p>2. ALTERAÇÕES DAS NECESSIDADES NUTRICIONAIS:</p> <p>() Diminuídas () Aumentadas</p> <p>ELIMINAÇÃO</p> <p>1. INCONTINÊNCIA URINARIA RELACIONADA A:</p> <p>() Inabilitação neurológica () ITRM () ITU () SVD</p> <p>2. RETENÇÃO URINARIA RELACIONADA A:</p> <p>() Sustágio () Incontinência () Mobilitade prejudicada</p>		<p>8. Controlar regularmente a infusão venosa (flujo - tempo - poleamento); HV- Hemoderivados - Drogas vasoativas,</p> <p>9. Adm. Medicamentos de acordo com Prescrição médica,</p> <p>dosagem, via e horário;</p>		<p>10. Manter cateteres elevada 30° - 45°;</p>		<p>07:00 acorda, banho 07:00 Segunda aula 07:00 Segunda aula 07:00 Segunda aula 07:00 Segunda aula</p>					
<p>Aperte: () Normal () Diminuído () Aumentado</p> <p>() Dieta VO () Alojam () SNG/SNE</p> <p>Ruidos Intestinais: () Ausentes</p> <p>() Presentes (Normal / Diminuído / Aumentado)</p> <p>Audiomento: () Piano () Giroscópio () Distendido</p> <p>() Ascite () Rígido () Flácido () Timpônico</p> <p>Eliminações: Nº episódios () Normal</p>		<p>11. Manter olotrato: () WMSD () MSE () MID () MID</p> <p>12. Manter treinedelenburg;</p> <p>13. Manter Monitorização Cardíaca, Oximetría de Pulso;</p>		<p>14. Entar atento ao aspecto e quantidades das eliminações;</p> <p>(diurese - diarréia - débito de drenos e sondas - vômito)</p>		<p>15. Estar atento ao nível de consciência;</p>		<p>07:00 acorda, banho 07:00 Segunda aula 07:00 Segunda aula 07:00 Segunda aula 07:00 Segunda aula</p>					
<p>APARELHO GASTRO INTESTINAL</p> <p>- Apetite: () Normal () Diminuído () Aumentado</p> <p>() Dieta VO () Alojam () SNG/SNE</p> <p>Ruidos Intestinais: () Ausentes</p> <p>() Presentes (Normal / Diminuído / Aumentado)</p> <p>Audiomento: () Piano () Giroscópio () Distendido</p> <p>() Ascite () Rígido () Flácido () Timpônico</p> <p>Eliminações: Nº episódios () Normal</p>		<p>3. CONSTIPAÇÃO RELACIONADA A:</p> <p>() Jóiaia inadequada () Inabilitade () Dor ao defecar</p> <p>4. DIARREIA RELACIONADA A:</p> <p>() Processo infecioso () Ma absorção () Dieta</p> <p>por onda () Distensão hepática</p> <p>MOBILIDADE - ALTERAÇÃO E LIMITAÇÕES</p> <p>() Irrupção () Dor na articulação () ITRM () Sedação</p> <p>INTEGRIDADE FÍSICA</p> <p>() Negligência da pele () Presto sobre a pele</p> <p>() Sacralizações () Mobilidade prejudicada</p> <p>ALTERAÇÃO DA MUCOSA ORAL, RELACIONADA A:</p> <p>() Desnutrição () Infecção () Higiene inadequada</p>		<p>16. Orientar/prroporcionar repouso relativolabsoluto no leito;</p> <p>17. Orientar estimular a res. Bocalização da dieta;</p> <p>18. Adm. diaria via SNG/SNE / h - obs resultado;</p> <p>19. Verificar e registrar presença de edemas;</p> <p>20. Verificar e reg. pregação de hematomas e esquimoses;</p> <p>21. Pesar o paciente diariamente em leito;</p> <p>22. Realizar curativo em aspecto da lesão;</p>		<p>de</p>		<p>07:00 acorda, banho 07:00 Segunda aula 07:00 Segunda aula 07:00 Segunda aula 07:00 Segunda aula</p>					
<p>Diversas: () Esperentina () Esteriorizada () SVU</p> <p>() Urinária () Concreta () Sedimentada () Hematuria</p> <p>() Poluina () Disúria () Uriguria () Anuria</p>		<p>1. INTEGRIDADE FÍSICA, PREJUDICADA RELACIONADA A:</p> <p>() Negligência da pele () Presto sobre a pele</p> <p>() Sacralizações () Mobilidade prejudicada</p> <p>OUTRAS:</p>		<p>23. Estar atento/comunicar e registrar alterações de: sinais vitais, padrão respiratório, perfusão periférica e nível de consciência;</p>									
<p>Indstão Clínica</p> <p>Edemas</p>													



HOSPITAL E PRONTO SOCORRO 28 DE AGOSTO



Data Admissão / Internação: 19/11/2018 às 09:44 - Prontuário: 000602094

Registro/Paciente: 1540975 - THAINARA DOS SANTOS LOPES

Data de Nascimento: 31/07/1997 - Idade: 21 anos, 3 meses e 28 dias - Sexo: Feminino

Setor Atendimento: ORTOPEDIA - Leito: 157 DATA : 29/11/2018

Data: 29/11/2018 18:17:07

Tutor: ANOTACAO DE ENFERMAGEM

Restrito: Não

Anotação

7:00 RECEBE PAC CALMO SEM ANORMALIDADES ATÉ O MOMENTO.
 8:00 PA:100/60 P:78
 9:00 FEITO HIGIENE CORPORAL.
 10:00 PAC SEM QUEIXAS,
 10:00 RANITIDINA EV.TENOXICAN 20MG EV.
 12:00 DIPIRONA EV
 13:00 ALMOÇO ACEITOU.
 14:00 PAC SEM ANORMALIDADE ATÉ O MOMENTO.
 15:00 PA:120/70 P:87
 16:00 LANCHE ACEITOU.
 18:00 DIPIRONA EV.
 19:00 PAC SEM ANORMALIDADE ATÉ O MOMENTO.


 ELISANGELA RIBEIRO NUNES
 COREN 220098 - AM

29/11/2018

ÁREA DE SINISTROS - OPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bezerra, 411 - Boa Vista - RR

DATA: 05/11/2011

NOME: Juciene dos Santos ApiesSEXO: FemininoIDADE: 21 anosREG: 1540175

PESO:

LEITO: 157

MANHÃ	ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM	TARDE	ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM	NORTE	ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM
07:30	Entrou - se no leito, calma	13:00	Paciente estável, sem		
—	apneea, sem ar ambiente,	—	interrupção, até o momento		
—	afrouxado tapete, húmidos.	14:00	Paciente estável		
—	consciente, pôs, submargata,	16:00	Pa = 100 x 70mmHg P 80pm		
—	com respiração lenta,	18:00	Htn. Diastólica 01amp. EV		
—	seus pulmões no momento	—	abduzido, húmido —		
18:00	Pa = 140 x 76mmHg P 77pm	19:00	Paciente estável, sem um		
09:00	Reunião informa que é	—	breveza, até o momento		
—	rever				
10:00	Ahm Richtigkina ev emp. EV				
—	dilatado Pinto				
10:00	Adm. Tomografia Abdg EV				
—	dilatado bônito				
12:00	Adm. Diáfragma Cl ampf EV				
—	dilatado bônito				

HOSPITAL
PRONTO-SOCORRO

GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS
HOSPITAL PRONTO-SOCORRO 28 DE AGOSTO

228

NOME: Thainara dos Santos Lopes

SEXO: F

IDADE: 21

DATA: 07 / 08 / 18

ENFERMAGEM: ORTOPEDIA 3º Andar. REG: 1540975

LEITO: 157 PESO:

MANHÃ:

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

TARDE:

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

NOITE:

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

- 07100 Pac. uo lato cl. gelo. Buxa reposo. —
Salvi zoot. late. susponto uro reposo.
Lusmecorolo. si. marcas bixa. Acabou banheira.
Uro bento.
Car. acelofan. banho.
Jolo. levantou soga. d. d. Buxa soga. ad. circulo.
Tenuoxiaçau. zout. d. d. —
Dipivoca. 2.0. d. d. —
cor. ton. ad. —
— Segue aus. uideadas.
— de enfermagem.

SEUS

GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS
HOSPITAL E PONTO SOCORRO 28 DE AGOSTO

DATA: 08.12.2018

NOME:
Thamires dos Santos Lopes

SEXO:
F

IDADE:
21 anos

MANHÃ

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

ENR:

Otopediia

REG:

1540975

PESO:

LEITO:

157

07:00h - Paciente inconsciente - se calma, lucida
— — Veniponto SSW. m. 100ml.
08:00h — E. 73 bpm
12:00h — Paciente agitado uso de medicação
— oral da metadona
12:00h — Glicose dieta

TARDE ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM
18:00 — Verificada SSW. PA: 120x80
EC: 86 bpm
— — Paciente agitado uso oral
da medicação
18:00 — Paciente inconsciente
calma no leito

*CONFIRMADA
DIA 28/08/2018
COREN-AM 412.702*

28

SUS

GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS
HOSPITAL E PRÓTOCOLO SOCORRO 28 DE AGOSTO

NOME: **Thainára dos Santos**

SEXO: **F**

IDADE: **21**

MANHÃ:

ANOTACÕES DA ENFERMAGEM:

09:00 Rec. uo. **lado** lado

explosão **quimacorada.**

09:00 **queixas** uo. **letras**.

09:00 **acetato** **sancione.**

10:00 **Rec. jaco** **unotávio.**

12:00 **Depois** **do** **dg.** **re-**

acetato **alunos.**

— **segue** **ao** **cicloses.**

— **de** **examen-**

Tec - **Dr. Manoel C. Becker**

Cone - **Dr. Zuckuss.**

ENR:

L

LEITO:

157

REG:

Ortopédia

4546975

PESO:

—

DATA:

12/12/18

TARDE:

ANOTACÕES DA ENFERMAGEM:

12:00 **lado** **lado**

explosão **quimacorada.**

09:00 **queixas** uo. **letras**.

09:00 **acetato** **sancione.**

10:00 **Rec. jaco** **unotávio.**

12:00 **Depois** **do** **dg.** **re-**

acetato **alunos.**

— **segue** **ao** **cicloses.**

— **de** **examen-**

Tec - **Dr. Manoel C. Becker**

Cone - **Dr. Zuckuss.**

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. das Américas, 1111 - Barra da Tijuca - RJ

28

SUS

GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS
HOSPITAL PRONTO SOCORRO 28 DE AGOSTO

NOME: Thalimara das Saita Lopez

DATA: / /

SEXO: F

REG:

IDADE: 31

PESO:

MANHÃ:

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

TARDE:

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

NOITE:

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

ENF:

Enfermeira

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

LEITO:

157

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

PESO:

- -

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

TEMPO:

- -

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

TEMPERATURA:

- -

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

PRESSÃO:

- -

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

PULSO:

- -

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

RESPIRAÇÃO:

- -

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

COR:

- -

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

URINA:

- -

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

DIÁRIO:

- -

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

SUDORES:

- -

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

DOR:

- -

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

ALIMENTAÇÃO:

- -

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

MOVIMENTO:

- -

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

NOTA:

- -

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM



Data Admissão / Internação: 19/11/2018 às 09:44 - Prontuário: 000602094
Registro/Paciente: 1540975 - THAINARA DOS SANTOS LOPES
Data de Nascimento: 31/07/1997 - Idade: 21 anos, 4 meses e 11 dias - Sexo: Feminino
Setor Atendimento: ORTOPEDIA - Leito: 157 DATA : 12/12/2018

TERMO DE CONSENTIMENTO, INFORMAÇÃO E ESCLARECIMENTO DO PACIENTE

Eu, THAINARA DOS SANTOS LOPES

portador(a) do Doc. Identidade nº 3374300 declaro, para os devidos fins, que estou de acordo em me submeter ao procedimento designado FRATURA DE TIBIA e todos os procedimentos que o incluem, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declaro ainda que o procedimento desse tratamento foi-me devidamente explicado, onde tive a oportunidade de fazer perguntas, tendo, na mesma oportunidade, recebido instruções a serem seguidas durante o tratamento.

2 - Principais Complicações médicas inerentes ao tratamento:

Informo que fui devidamente esclarecido sobre as complicações inerente ao procedimento, dentre as quais posso destacar:

- A. Como resultado da cirurgia existirá uma cicatriz, que será permanente.
- B. Poderá haver complicações inerentes a cicatriz, tais como hipertrofia, escurecimento, alargamento, abscesso (abertura de um buraco na pele) e necrose de pele;
- C. Poderá haver inchaço nas áreas operadas, que permanecerá por dias, semanas ou, menos frequente, por meses.
- D. Poderá haver manchas mais claras (descoloração) ou escuras (pigmentação) da pele, que permanecerão por semanas, menos frequentes por meses e, apesar de raro, poderão ser permanentes.
- E. Poderá haver líquidos, sangue e/ou secreções acúmulos nas áreas operadas, podendo ser necessário o tratamento por meio de drenagem, aspiração, punção, curativo, medicações, curativo cirúrgico, ou mesmo cirurgia, em um ou mais tempos cirúrgicos.
- F. Poderá haver perda da sensibilidade, parcial ou total, nas áreas operadas ou em partes das áreas operadas, que permanecerá por período indeterminado de tempo e apesar de raro poderá ser permanente.
- G. Ocorrerá dor pós - operatório, em maior ou menor grau de intensidade, que será tratada com analgésico, durante período de tempo variável.
- H. Relacionado as doenças e condições anteriores a internação (idade, outras doenças como diabetes, hipertensão arterial, doença renal, doença cardiovascular) e gravidade do trauma poderá resultar incapacidade e deformidade, inclusive morte, e que não são inerentes ao procedimento, mas anteriores a este.

3 - Cuidados antes e após o procedimento:



Data Admissão / Internação: 19/11/2018 às 09:44 - Prontuário: 000602094
 Registro/Paciente: 1540975 - THAINARA DOS SANTOS LOPES
 Data de Nascimento: 31/07/1997 - Idade: 21 anos, 4 meses e 11 dias - Sexo: Feminino
 Setor Atendimento: ORTOPEDIA - Leito: 157 DATA : 12/12/2018

30

SOLICITAÇÃO DE CIRURGIA

Data: 13/12	Hora: 07:00	Sexo:
Clinica: ORTOPEDICA	Enfermaria:	
Leito: 157	Ambulatório:	
Tipo de Operação: FRAT DE TIBIA	Sim:	Não:
Operação Anterior:		
Cirurgião: DR SERGIO/EDUARDO		
Assistente:		
Instrumentador:		
Anestesia:		
Preparo do Local:		
Aparelhos Especiais:		
Instrumentos Especiais:		
Transfusão de Sangue: RESERVA		

MANAUS, 12 de Dezembro de 2018

Reabilitação
12/12/2018
Jair



ANNA CRISTINA MONTEIRO ANTONY HOAEGEN
CRM - 2103-AM

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 MAI 2019

GENTE SEGURADORA SA
Av. Cipó da Beira, 414 - Boa Vista - RJ



Data Admissão / Internação: 19/11/2018 às 09:44 - Prontuário: 000602094
 Registro/Paciente: 1540975 - THAINARA DOS SANTOS LOPES
 Data de Nascimento: 31/07/1997 - Idade: 21 anos, 4 meses e 12 dias - Sexo: Feminino
 Setor Atendimento: CENTRO CIRURGICO - Leito: 006 DATA : 13/12/2018

FICHA DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

DATA DA OPERAÇÃO: 13/12/2018	
OPERADOR: DR SERGIO LUIZ	1º AUXILIAR: DR EDUARDO ABREU
2º AUXILIAR:	3º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA:	TIPO DE ANESTESIA:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE OSSOS DA PERNAS DIREITA	
TIPO DE OPERAÇÃO: TTO CIRURGIO C HBT	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:	
SOLICITAÇÃO DE HISTOPATOLOGIA:	
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:	
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
VIA DE ACESSO – TÁTICA E TÉCNICA – LIGADURAS – DRENAGEM – SUTURA – MATERIAIS EMPREGADO – ASPECTO DAS VISCERAS 01. PCTE EM DDH SOB ANESTESIA 02A+A+C+C+C 03. FEITO INCISÃO A NIVEL DA TAT E FEITO INICIAÇÃO COM FREZA INICIAL 04. PASSADO FIO GUIA NO FRAGMENTO PROXIMAL E FEITO INCISÃO A NIVEL DO FOCO P REDUÇÃO DA FRATURA 05. PASSADO FIO APÓS REDUÇÃO DA FRATURA E FEITO FRESAGEM ATÉ FREZA 11MM 06. INSTALADO HASTE BLOQUEADA E FEITO TRAVAMENTO DISTAL E PROXIMAL 07. LAVAGEM DA FA + SUTURA POR PLANO + CURATIVO	

Dr. Sergio Luiz R. de Oliveira
 ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRM-AM 2499 TABT 11348

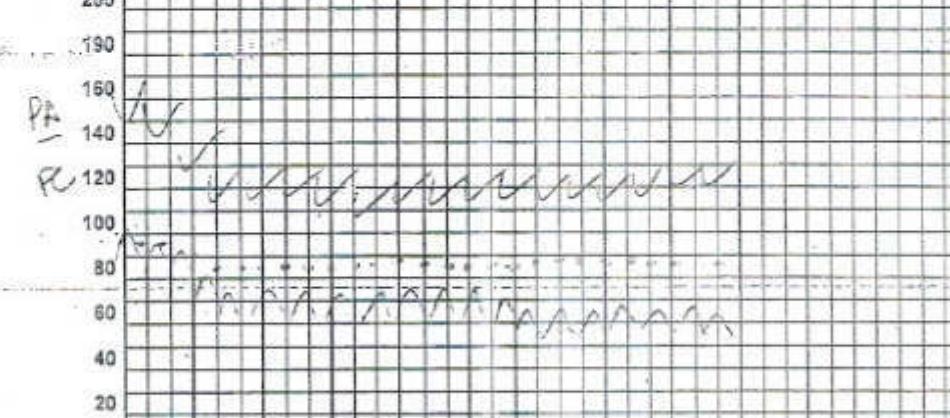
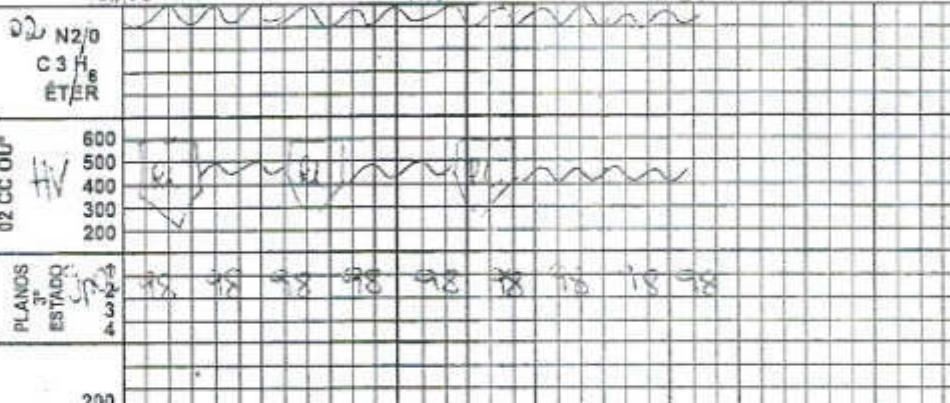


BOLETIM DE ANESTESIA

NOME:	Thainara dos Santos Fopes	IDADE:	21	REGISTRO N°:	158103 + 5
SERVIÇO:	ortopedia	SALA:		DATA:	13/12/2013
OPERAÇÃO PROPOSTA:	tratamento cirúrgico fratura de tibia D				

ANESTESIA N°	ESTADO FÍSICO	(1) 2 3 4 5 6 7
	N. B.	
PRÉ-ANESTÉSICO: Necessário comodínadas e alergias		alergia
19/11/2013 HB 11 HT 32,6 PLT 317.000 TAP 92,1%		

Q: 35 15 30 45 100 Q: 5 15 30 45 110 Q: 5 15 30 45



INDUÇÃO

- ① drogas de gases e matérias anestésicas
- ② monitorização com PANI, SPO₂, ECG
- ③ níveis de cetoácido
- ④ paciente intubado, arrepiado e anti-septico de dor for. BSA em 13-14 mililitros com agulha Quincke n° 25G. LCR clara e normotensão.

MANUTENÇÃO

- infusões de hipobocaína parada 0,5%. 15 mg + morfina 80 µg.
- ⑤ cefalotina 2 g EV
 - ⑥ benzometrona 10 mg EV
 - ⑦ dipirona 2 g EV
 - ⑧ Tenox com 40 mg EV
 - ⑨ Ondansetrona 8 mg EV
 - ⑩ à SRPA

DESPERTAR

NOTAS

Código:

Pulso:

O Respiração

W-F AUL X Anestesia

Operação

NAME:

SERVIÇO:

OPERAÇÃO PROPOSTA:

POSIÇÃO

AGENTES:

TÉCNICA:

OPERAÇÃO:

CIRURGIÕES:

ANESTESISTAS:

OBSERVAÇÕES:

TEMPO ANEST.:

TEMPO OP.:

INSTR.:

S.O.:

REGISTRO DE ENFERMAGEM NA SALA DE OPERAÇÕES

Sala nº 06

Nome do Paciente: Thainara dos Santos Lopes

Data: 13/12/18 Registro: 1540975 Idade: 21 Sexo: F

Entrada na SO: 08:55 - De maca, em ar ambiente, lotes supereico, acianótica, caput de boque, FNP no MSE salinizado e pronta.

SPO²: 100% Pulso: 93 bpm Resp.: — TA: 149 X 48

Início da Anestesia: 09:05 Início da Cirurgia: 09:35

Tipo de Anestesia: () Geral (X) Bloqueio Tipo: Laringanestesia () Local

Posicionamento do paciente: Sentado

PREPARO DO PACIENTE EM SALA

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Antissepsia com <u>álcool iodado</u> | <input type="checkbox"/> Flebotomia |
| <input checked="" type="checkbox"/> Degermação com <u>povidone iodante</u> | <input checked="" type="checkbox"/> Monitorização |
| <input type="checkbox"/> Sondagem Vesical <u>nº</u> | <input type="checkbox"/> P. V. C. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Venoclise <u>nº</u> | <input type="checkbox"/> Intracath |
| <input type="checkbox"/> Sondagem Gástrica <u>nº</u> | <input type="checkbox"/> Garroteamento Local <u>—</u> |
| <input type="checkbox"/> P. A. M. | <u>—</u> Início |
| <input checked="" type="checkbox"/> O ₂ sob catéter | <u>—</u> Término |
| <input type="checkbox"/> Uso de Book | <input type="checkbox"/> Outros <u>—</u> |

PLACA DE BISTURI

- Sim Não
 Uso de Bisturi Bipolar

Local: emplastro direita

PROCEDIMENTOS EFETUADOS DURANTE O ATO OPERATÓRIO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anatomia Patológica | <input type="checkbox"/> Biopsia de Gongelação |
| <input checked="" type="checkbox"/> Raio X Tipo <u>arco em C</u> | <input type="checkbox"/> Citologia Cultural |
| <input type="checkbox"/> Prótese Tipo <u>—</u> | <input type="checkbox"/> Outros <u>—</u> |

INFUSÕES TIPO	QUANTIDADE	TOTAL
<u>IRL 500 ml</u>	<u>7</u>	
<u>0,30 Dexametasona</u>	<u>10 mg - EV</u>	
<u>αfaltina 2 gr - EV</u>		
<u>50, Fenodion 10mg - EV</u>		
<u>Dipirona 2 gr - EV</u>		
<u>Fluzedron 08 mg - EV</u>		



RESUMO DE ALTA

NOME:	<u>THAINARA DOS S. LOPES.</u>	SEXO:	F	IDADE:	21	REGISTRO N°	<u>1540722</u>
DATA DO NASCIMENTO:	<u>31/07/197</u>	DATA INTERNAÇÃO:		<u>19-11-18</u>		DATA SAÍDA:	

HISTÓRICO CLÍNICO:

Transtornos na perna direita

DIAGNÓSTICO:

*Fratura na TIBIA e FÍGULA
Direita*

TRATAMENTO:

Osteosíntese

EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES:

*Redução cruenta + osteossíntese
(Dr. Eduardo / Sergio)*

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> NÃO ANDAR | <input checked="" type="checkbox"/> 02 em 02 dias | <input type="checkbox"/> RETIRAR PONTOS EM |
| <input type="checkbox"/> ANDAR COM MULETAS | <input type="checkbox"/> CURATIVOS | <u>11</u> |
| | <input type="checkbox"/> MANTER DIETA | |

ALTA:

- | | | | |
|------------|-----------------------------------|---|---|
| CONDIÇÕES: | CURADO <input type="checkbox"/> | MELHORADO <input checked="" type="checkbox"/> | POR INDISCIPLINA <input type="checkbox"/> |
| | REMOVIDO <input type="checkbox"/> | À PEDIDO <input type="checkbox"/> | FALECIDO <input type="checkbox"/> |

DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO: _____

PARA: SUS - ortopedia

DATA: 14/12/18

MÉDICO Dr. Pedro Muniz

RECEBI A 2^a VIA



GOVERNO DO ESTADO DO
AMAZONAS



RESUMO DE ALTA

NOME:		SEXO:		IDADE:		REGISTRO N°
Márcia Helena da Costa		F		21	1540222	
DATA DO NASCIMENTO:	31/07/97	DATA INTERNACÃO:		19-11-18	DATA SAÍDA:	

HISTÓRICO CLÍNICO:

*Fractura de tibia e fíbula
com deslocamento*

DIAGNÓSTICO:

Fractura de tibia e fíbula

ABORTADA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

TRATAMENTO:

Fratura fechada com fixação cirúrgica

15 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Belotti, 434 - Boa Vista - PR

EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES:

*Redução suave + osteosíntese
sem clivagem / sangramento*

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE:

NÃO ANDAR

CURATIVOS

RETIRAR PONTOS EM

ANDAR COM MULETAS

MANTER DIETA

ALTA:

CONDIÇÕES:

CURADO

MELHORADO

POR INDISCIPLINA

REMOVIDO

À PEDIDO

FALECIDO

PARA:

Dr. Estrela de

DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO:

DATA: 16/12/18

Maria Helena da Costa

RECEBI A 2^ª VIA

MÉDICO / CHAMADO MÉDICO

Alcides M. da C.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANCA PUBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME: **THAINARA DOS SANTOS LOPES**

DATA DE EMISSÃO: 07/08/2018

DATA DE NASCIMENTO: 31/07/1997

FILHO(A) DE:
VALDENOR LOPES FERREIRA
MARIA HELENA DOS SANTOS RODRIGUES

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

CERT. CADAST. CERT. NASC. 94232 FLS 121 LIV A-149

BOA VISTA-RR

CEP: 69000-000

031-410-942-09

AMADEU ROCHA TRIANI

2ª VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/06/1980

PROIBIDO PLASTIFICAR





PMRR – CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SÉRIE I

Nº 809810

Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/ini	CH/h	H/Fin
CIPTUR 02	CIPTUR	09/11/2018	OESTE	19h25min	19h25min	19h30min	22h10min

Cód. Oc.

Cód. Prov.

Cód. Ser. Prest.

Kml.

KmF.

1001/1003

13010/13999

XXXXXX

86981

86993

LOCAL DA OCORRÊNCIA

RUA MESTRE ALBANO C/ RUA HENRIQUE DE OLIVEIRA GOMES Bairro: CAMBARÁ Ref: Cruzamento

PESSOAS RELACIONADAS

1 CONDUTOR	Nome: MAX SOUZA DA SILVA JUNIOR	Idade: 24	E. Civil: Solteiro
------------	---------------------------------	-----------	--------------------

Endereço:	Não informado	Nº x-x	Bairro: x-x-x-x-x-x
-----------	---------------	--------	---------------------

RG:	3855228 SSP/RR	CNH: NÃO POSSUI	Profissão: NÃO INFORMADO
-----	----------------	-----------------	--------------------------

CPF:	030.676.542-00	Telefone:	NÃO INFORMADO
------	----------------	-----------	---------------

2 PASS. MOTO 1	Nome: THAINARA DOS SANTOS LOPES	Idade: 21	E. Civil: Solteira
----------------	---------------------------------	-----------	--------------------

Endereço:	Não informado	Nº XXX	XXX xxx-x-
-----------	---------------	--------	------------

RG:	337430-0	CNH: XXXXXX	Profissão: Não informado
-----	----------	-------------	--------------------------

CPF:	031.410.942-09	Telefone:	XXXXXXXXXX
------	----------------	-----------	------------

3 CONDUTOR	Nome: RAUDILEI BRENNAN ANASTÁCIO DOS SANTOS	Idade: 19	E. Civil: Solteiro
------------	---	-----------	--------------------

Endereço:	TV. AMERICO DOS SANTOS	Nº 41	Bairro: SAO BENTO
-----------	------------------------	-------	-------------------

RG:	449257-9 SSP/RR	CNH: NÃO POSSUI	Profissão: COBRADOR
-----	-----------------	-----------------	---------------------

CPF:	033.482.262-95	Telefone:	-X-X-X-X-X
------	----------------	-----------	------------

VEICULOS ENVOLVIDOS

VEICULO DO ITEM 01 - V1. HONDA/CG 160 START DE COR PRETA PLACA NAZ5417. Danos: lateral direita, placa, carenagens

VEICULO DO ITEM 03 – V2. HONDA/CG 150 FAN DE COR AZUL DE PLACA NAY-2795. Danos: parte frontal danificada (roda, painel, guindon, farol).

Não houve material apreendidos.

ASSINATURA	<i>Silvana</i>	CARGO	EPG	DATA	CONFERE SAMORIG LOCAL CF / 22 : 11 hs
------------	----------------	-------	-----	------	---------------------------------------

HISTÓRICO

SENHOR(a) DELEGADO(a),

Informo que fomos acionados via CIOPS para atendimento de ocorrência de acidente de trânsito no local supracitado. Quando chegamos no local fomos informados que o item 01 Srº MAX, que conduzia a motocicleta V1 que tinha a item 02 Srº THAINARA como passageira e trafegava na RUA MESTRE ALBANO sentido CENTRO quando ao passar no cruzamento com a Rua HENRIQUE DE OLIVEIRA GOMES teve a motocicleta abalroada na lateral direita pela motocicleta V2 que era conduzido pelo Item 03 Srº RAUDILEI, que trafegava pela RUA HENRIQUE DE OLIVEIRA GOMES sentido AV. GAL. ATAIDE TEIVE. Que no local existe sinalização de regulamentação de trânsito (placa R1-PARADA OBRIGATÓRIA) para quem trafega na RUA HENRIQUE DE OLIVEIRA GOMES.

Que todos os itens acima relacionados foram atendidos no local pelo SAMU e removidos a PSE/HGR para atendimento médico especializado. Sendo que o Item 01 Srº MAX, estava inconsciente.

Que os condutores não possuem CNH/PPD e foram autuados e não estão sendo apresentados nesta delegacia devido os mesmos estarem sob cuidados médicos.

Informo que foi feito contato telefônico com 197 para acionar a perícia IC/PCRR, onde foi nos informados que somente o delegado de plantão poderia fazer o acionamento da equipe de perícia.

Que as motocicletas foram liberadas no local. Sendo que o V1 ficou na responsabilidade do Srº EDSON SANTOS DA SILVA. CNH:05675273081. E o V2 na responsabilidade do Srº TAYLLER BRUNO ANASTACIO DOS SANTOS. CNH:06128161658.

Era o que tinha a relatar.

ANDRADE ANJOS DA SILVA

41.683-5

SD/PM

CIPTUR

NOME

Matrícula

Posto/Grad

Und