



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317 B

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza
OAB/RR 340 B

PROCURAÇÃO AD-JUDÍCIA

OUTORGANTE: Conceição Dariana da Silva Portas brasileiro(a),
estado civil: Solteira, profissão: Desempregada,
portador(a) da cédula de identidade CIRG nº 250307 SSP/RR e inscrito
no CPF/MF nº 812.708.532-15, residente e domiciliado na
Av: São Maximiliano Trindade, nº 982,
Bairro: Senador Helio Lopes, Cidade: Boa Vista,
Roraima, Tel. 99151-49621, E-mail: _____
vêm através de seu advogado in fine assinado, com escritório profissional na Rua
Gal Penha Brasil 102 Centro - Boa Vista - Roraima, por este instrumento
particular nomeia e constitui seu bastante procurador: 99146-9848

OUTORGADOS: SOUZA & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, sociedade civil, inscrita
na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 66 com escritório profissional
situado na Rua General Penha Brasil 102, Bairro Centro, Boa Vista-RR,
representada por seu sócio administrador Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA,
brasileiro, separado judicialmente, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº. 317B
e Dra. PAULA RAFAELA PALHA DE SOUZA, brasileira, solteira, advogada,
inscrita na OAB/RR sob o nº. 340B e Dr. JOHON EMERSON DE SOUZA CAMILO,
brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº. 1, a quem confere
amplios poderes:

PODERES ESPECIAIS: para representá-lo no processo em Foro em Geral com a cláusula
Ad Judicia, em qualquer, Instancia ou Tribunal, podendo propor contra quem de
direito as ações competentes e defender nas contrarias, seguindo umas e outras,
até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-
lhes, ainda poderes especiais para firmar compromissos/acordos, substabelecer
a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, renunciar e desistir de
direitos, recorrer, apelar, apresentar embargos e agravos, propor execução,
requerer falência, habilitar credito, transigir, discordar, dar-se por suspenso a
quem lhe convier, retirar e receber alvarás, retirar e receber guias de retirada,
receber e dar quitação, receber bens penhorados ou em adjudicação,
representando-o ainda em conjunto ou separadamente, incluindo os poderes
contido nos artigos 359 do CPC/2015, bem como atuar em qualquer sindicância,
inquérito ou processo criminal, enfim, tratar de seus interesses, bem como
praticar todos os atos necessários para o fiel e bom cumprimento do presente
mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa vista, 10 de Agosto de 2019.

Conceição Dariana da Silva Portas

OUTORGANTE



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317 B

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza
OAB/RR 340 B

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU: Perneira Daiane da Silva Bastos,
estado civil Solteira, RG nº 250307, e CPF
nº 812.908.532-19, residente e domiciliada à
AV: São Maximiliano, nº 982
Bairro: Senador Helio Costa, Cidade
Boa Vista - Roraima, telefone (95)
99151-4962 / 99141-9848.

DECLARO para os devidos fins de direito e a quem interessar possa
que sou pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com
eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da lei
1.060/50. Por ser a mais lúdima expressão da verdade, firmo a presente
declaração.

Boa Vista - RR, 10 de Agosto de 2019.

Perneira Daiane da Silva Bastos

DECLARANTE

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTÉM 50 PÁGINAS NUMERADAS

164.30013.56-2

2650415

001-0

RR

Conceição Daiana da Silva Castro



BRASILEIRO

NOME: CONCEIÇÃO DAIANA DA SILVA CASTRO

LOC. DE NASC.: BOA VISTA - RR

FILIAÇÃO: FERNANDO CASTRO NETO

MARIA DAS DORES HENRIQUE DA SILVA

DOC. APRESENTADO: RG 250307 SESP RR

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LEI Nº 362 DE 18 DE MAIO DE 1965.

RG: 260307

T. ELEITOR: 003332212674

SEÇÃO: 0035

CPF: 812.908.532-15

ZONA: 005

LOCAL DA EMISSÃO: SETRABES/SINE/RR

EMISSÃO: 05/06/2006

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

1 - CASAMENTO	2 - EMPREGO	3 - ANOTACÃO DE PREVIDÊNCIA	4 - DATA DE NASCIMENTO
5 - SEP. JUDICIAL	6 - ADIÇÃO	7 - RESCISÃO DE EMPREGO	

SEQ.: 00140 UC: 0072218-9 DT.LEIT.: 15/05/2017 T.ENTR.: 04
LEITURA: 16977 NORMAL TOTAL: 184,32 CARGA: 013
DT.VENC.: 16/06/2017 IRREG.: 000 COLETOR: 1281

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR

Nº 011550090610

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - C.D. DE NAVAM - RNTK - (CÓDIGO)

01 00325665079 2015

WILLIBSON LINCON GRANJEIRO SANTANA

885.380.102-63 NAN2545

PLACA RNTK 9C2KC1680BR514188

PAS/MOTOCICLETA/NOB ABITE ALTO TAC

HONDA/CG150 FAN ESDI 2011 2011

2P/0149CC/ PARTICU PRAIA

PAGO *PAGO* *****

** PAGO COTA UNICA ** *****

DATA DE PAGAMENTO 15/01/2016

SEM RESERVA DE SINAL PRUB SAIR AMAZ

OCID *

Assinado
 IZ Eduardo Silva de Castilho
 Diretor Presidente-Interino
 DETRAN-RR

BOA VISTA-RR

27/04/



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024898/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/07/2017 09:11
Origem: Polícia Judiciária Data: 17/07/2017
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

Data/Hora Fim: 17/07/2017 09:29

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 07/10/2016 13:00

Local do Fato

Município: Boa Vista
Logradouro: RUA PENHA BRASIL

Bairro: São Francisco

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)	Lei Maria da Penha
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo	Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: CONCEIÇÃO DAIANA DA SILVA CASTRO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Amajari

Profissão: Secretária

Nome da Mãe: Maria Das Dores Henrique da Silva

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE Nº: 982
Bairro: SENADOR HÉLIO CAMPOS
Telefone: (95) 99141-9848 (Celular)

Nome: (DESCONHECIDO 1) (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAN2545	Número do Chassi 9C2KC1680BR514188
Ano/Modelo Fabricação 2011/2011	Cor PRATA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI	Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Conceição Daiana da Silva Castro	Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhonete
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
(Desconhecido 1)	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante relata que na data, hora e endereço acima descrito, o sr. WILLIRSON LINCON conduzia sua motocicleta acima descrita, tendo como garupa a comunicante, quando ao chegar próximo da efetura um CARRO, colide com a motocicleta. Que não sabe informar a marca e nem o nome do condutor do veículo. Informa ainda, que a motocicleta é de propriedade de WILLIRSON LINCON GRANJEIRO



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Maria Selma Melo de Almeida
Data de Impressão: 17/07/2017 09:30
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

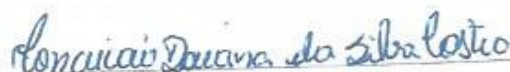
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024898/2017

SANTANA. Que o motivo do BO é para fins de requerimento do SEGURO DPVAT. É o relato.

ASSINATURAS


Maria Selma Melo de Almeida
Responsável pelo Atendimento


Conceição Daiana da Silva Castro
Comunicante

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





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT
"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 024898/2017/DAT – BOA VISTA – RR.**

O Sr.º

NOME: WILLIRSON LINCON GRANJEIRO SANTANA

RG : 269792 SSP/RR

SEXO: MASCULINO

DATA DE NASCIMENTO: 24/02/1988

TELEFONE: (95) 99122-9194

ENDEREÇO: RUA OCIDENTE, 53

BAIRRO: CONJUNTO CRUVIANA

O Sr. WILLIRSON LINCON GRANJEIRO SANTANA compareceu nesta especializa, para informar que o mesmo era o condutor da motocicleta envolvida no acidente de trânsito no dia 07/10/2016 às 13:00 da tarde, conforme BO supracitado.

Boa Vista - RR, 17 de outubro de 2017.



Agente de Polícia Civil
Maria Selma Melo de Almeida
Matrícula: 042000-213



WILLIRSON LINCON GRANJEIRO SANTANA
Comunicante



[illegible]

DESTINO	☐ Atendido no local ☒ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mota	☐ Cosme e Silva ☐ HCSA ☐ Maternidade ☐ Outros
ERTENCE DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____	

paciente vítima de trauma com lesão de dorso, de
responsável, Glasgow 15, SSVU, presença
fratura exposta, em MMII (Tibia -
fibula) com mancha rígida + coloração
falta de movimento + imobilização.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Abertura Ocular	Adulto	Menores de 5 anos	Escala	Frequência Respiratória (mov / min)	10 - 24	4	
	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4		25 - 35	3	
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		≥ 36	2	
Melhor Resposta Verbal	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2	Pressão Sanguínea (mmHg)	01 - 09	1	
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1		0	0	
	Orientado	Balbuçia	5		> 90	4	
Melhor Resposta Motora	Confuso	Choro irritado	4	Escala de Glasgow	70 - 89	3	
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3		50 - 69	2	
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2		01 - 49	1	
	Nenhuma	Nenhuma	1		0	0	
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6		14 a 15	5	
	Localiza a dor	Retira ao toque	5		11 a 13	4	
	Flexão normal	Retira a dor	4		8 a 10	3	
	Flexão anormal	Flexão normal	3		6 a 7	2	
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		3 a 4	1	
Nenhuma	Nenhuma	1					
ESCALA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			

do ao GT HGR.

Cartão
minha rigidez



23 de 17

Seprone

Quem
Corr 10-45-046

1 SORO FISIOLÓGICO
COMPRESSA 3
GASES
ATADURA 15 cm

IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	MATERIAL E MEDICAÇÃO
Perda de líquido: _____	BCF: _____	
☒ Com cartão ☐ Sem cartão		

1 gelco 16
1 gelco 18
1 soro fisiol 500ml
1 equine mado
2 mado ch. suco

07/10/2016

... Guia de Atendimento 02 ...

Alto 1340

BLOCO B

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



Visto por: *[Assinatura]*
HSP

1600664798	07/10/2016 14:17:47	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	24
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
CONCEICAO DAIANA DA SILVA CASTRO		23/04/1986	30 A 5 M 14 D		81290853215	151158
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IGNORADO	250307			F	CASADO(A)	SEM
Mãe	MARIA DAS DORES HENRIQUE DA SILVA		Pal	Naturalidade		
Endereço			BOA VISTA - RR			
RUA - JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE - 982 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR			Informação Contato			
			(95) 99115-4233			
			Ocupação			
			NÃO INFORMADA			
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL			EDUARDA.NASCIMENTC		
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)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Analgesia 10mg	2) Suor	14:25	
AD - 90ml	3) + 3u	14:35	
4) Paracetamol 200mg		15:20	
5) Colheita 1g			
6) 400mg			

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: eduarda.nascimento
Data Hora: 07/10/2016 14:20:11



1600664798

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE <i>Carla da Silva Lima</i>		7 - DATA DE NASCIMENTO <i>23/04/86</i>	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - SEXO <i>F</i>	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL <i>Maria dos Anjos Henrique da Silva</i>		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE <i>911115141213</i>	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>R. Luiz Maximiliano Tronco, 982, N.º 15, Campina</i>		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Boca Reta</i>		15 - UF <i>BA</i>	
16 - CEP			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente vítima de acidente de trânsito (colisão com muro) com lesão na cabeça e membros superiores (braço e mão direita)</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Procedimento cirúrgico</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>História clínica, exame físico e RX</i>			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Fratura exposta do osso da perna direita</i>			
21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CID 10 TERCIÁRIO		24 - CID 10 QUARTO	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
27 - CLÍNICA		28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		32 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
33 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
34 - ACIDENTE DE TRABALHO		35 - CNPJ DA SEGURADORA	
36 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		37 - CNPJ EMPRESA	
38 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA	
40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		41 - CNAE DA EMPRESA	
42 - EMPREGADO		43 - APOSENTADO	
44 - NÃO SEGURO		45 - NÃO SEGURO	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
50 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

0408050500-5822



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Conexão Daiong do Silva,

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº																										
16h		07.10.2016																										
AGENTES	<table border="1"> <tr> <td>N 20</td> <td>15</td> <td>30</td> <td>45</td> <td>15</td> <td>30</td> <td>45</td> <td>15</td> <td>30</td> <td>45</td> <td>15</td> <td>30</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		N 20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	02												
N 20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45																
02																												
LÍQUIDOS VENOSOS	<table border="1"> <tr> <td>A</td> <td>M</td> <td></td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>S</td> <td></td> </tr> <tr> <td>P</td> <td>E</td> <td></td> </tr> </table> SF SF SF 500 500 500		A	M		V	S		P	E																		
A	M																											
V	S																											
P	E																											
DA	°C	240																										
X	38	220																										
URSO	36	200																										
ANES	34	180																										
X	32	160																										
OP	30	140																										
O																												
TEMP																												
ASPIR.																												
A																												
RESP																												
O																												
Export																												
Assist																												
Contro																												
SÍMBOLOS	Ex 0 3																											
AGENTES	DOSES	TÉCNICA																										
A Midazolam 5mg		Rapimontano 100mg																										
B Fentanyl 100mcg		paralmedicina 12/13																										
C Ceftriaxona 2g		ventilador espontâneo c/																										
D Clonidina 0.6mg		cateter nasal O ₂																										
E gentamicina 240mg																												
F Bupivacaína 0.5% hipob 15mg																												
G																												
GLICOSE	LÍQUIDOS 1500ml	Cânula - Naso / Oro-faríngea																										
NDGD		Naso / Oro-traqueal - Cega																										
SANGUE		Sel - Tamp - Calibre do Tubo cateter nasal																										
		Sob Máscara																										
		Dificuldade Técnica																										
TOTAL 1500ml		TEMPO DE ANESTESIA																										
		50 min																										
OPERAÇÃO	Fixação externa / Fratura de fêmur @																											
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO																										
Dr. Fábio / Dr. Fábio		Dr. Nicoli Montenegro																										
		PERDA SANGÜÍNEA																										
		100ml																										
Lesão - Espasmo - Excesso de O₂ Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito		Hemorragia - Anemia Diret. Taquicardia - Choque																										

Obs: Realizar a ART no posto (sic)

Dr. Antônio de Fátima
Assessoria Jurídica
CRM-PA 307

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - Tel 065 2123-0620
AUTENTICAÇÃO
14 JUN. 2017
Shirley
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital.

ESTADO DE ROYAMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Conceição Duva da Silva
Cirurgião Responsável Dr. Vitor Castro

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

☒ PACIENTE CONFIRMOU

- Identidade
- Sítio Cirúrgico
- Procedimento
- Consentimento

☒ RISCO CIRÚRGICO

- Aplica
- Não se Aplica

☐ SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA

☐ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☐ Não ☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Dr. Fabiano

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

☒ CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
- Sítio cirúrgico
- Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS

☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Sim ☐ Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim ☐ Não se aplica

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

O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

AS ASPECTOS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, GOMES E AS AGULHAS ESTÃO CORRETOS (O UNO SE APLICAM)

COMO A MOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM/REVISAM PREOCUPAÇÕES/ISSUOS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE

Assinatura e Carimbo

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	CAROLINA DAVARA DE SILVA - VESTIDA				
DIAGNÓSTICO	FRACTURA EXPLOSA DO OSSO DO PÉ PLANO DEXTRO				
ALERGIAS	NÃO	HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	07/10/16
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP 500mg - 1 comprimido em 24h.				
3	CEFALOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 6/5H				18h 08h
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				18h 24h 08h 12
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				18h 08h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				18h 24h 08h 12
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				M
13					Rotina
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
24hs PA-104/68 FC-68					
duess					
SINAIS VITAIS					
6 H	134x88	65	900ml		
12 H					
18 H					
24 H					
 Dr. Eder Soares Médico Residente Ortopedia e Traumatologia					



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		ID: 30A	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
CONCEIÇÃO DA SILVA					07/10/16
TIPO		CIRURGIA			
F. XADOR EXTERNO TIBIA (D)					
		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		16:45	17:35		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA:			
DR. VITOR		ANESTESISTA:		DR. FABIAN	
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		R1. Fabio	
R3. EMANUEL		INSTRUMENTADOR			
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
R2. BRUNO + R1. ELDER		QUANDO			
TIPO DE ANESTESIA: MOVE		TEMPO DE DURAÇÃO:			
Q'ANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		18	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 300ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2.0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI 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 SEDA Nº	
1	SERINGA 01ML		1	SURGICEL ELETRODUS	
1	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSO CATETER 02	
1	SERINGA 05 ML		20ml	KILCATARATA Nº 16 P/ 10	
1	SERINGA 10ML		20ml	GEOFOAM ALCOOL 70%	
1	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA ESCOVA DEG	
1	AGULHA P/ MOVE Nº 27		1	OUTROS: ATAGUA C/ 20ml	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE
	REBECA
INCRONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA

ORTOSINTESE IND E COM LTDA Av Nelson Palma Travessos, 651 - CEP 02988-006 Tel: 05(11)39484000 - FAX 05(11)39484010 Brasil - Site: www.ortosintese.com.br		STERILE 4/5/2013 Var Instrução de Uso Processo Reprocessado	
Ref.: 4747/02	Lote: S11216	Quant.: 1 pc	
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300MM FIXADOR EXTERNO LAYFIX FIXADOR EXTERNO Registro ANVISA N MP AISI 304 ASTM F138 10223710055 ALUMINIO			
4/5/2018	4/5/2013	Uso Único	0434
European Authorized Representative: Cores s.s Bo. Général Warre 53 1030 Brussels, BELGIUM Tel: +32(2) 732 59 54 Fax: +32(2) 732 60 03 e-mail: m@cores.be Resp. Vificação: I.R.R.D Resp. Técnico: CARLOS M. NAKAMURA/CEA.N 6001820973			

200

BOLETIM OPERATÓRIO



BOLETIM OPERATÓRIO

LORECEIA DAIANA DA SILVA

Data: 02/10/16.

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta de tíbia direita

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Tratamento cirúrgico de fratura exposta de tíbia

TIPO DE INTERVENÇÃO: Cirurgia

COMPLICAÇÕES E ACIDENTES: 0

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: o mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Vitor Montenegro

1º AUXILIAR: Dr. Emerson Pires

2º AUXILIAR: Dr. Renato Brandão

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DDH sob efeito anestésico.
- 2) ASSEPSIA, ANTISEPSIA e colocação de campos cirúrgicos.
- 3) Exatidão da lesão primária, LAVAGEM extensiva com solução 8L.
- 4) Redução da fratura sob visualização direta + fixação com fixador unil. bivernal.
- 5) Lavagem de hemostasia.
- 6) SUTURAS
- 7) LIGADO.
- 8) LPA.

~~4163~~

~~202~~

203-

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HCR	
GOVERNO DE RORAIMA		Hospital Geral de Roraima		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE	CONCEIÇÃO DAIANA						
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA						
ALERGIAS							
IDADE		HAS	NEGA	DM2	NEGA		
ITEM		LEITO	203-1	DATA	11/10/2016		
PRESCRIÇÃO							
1	DIETA ORAL LIVRE						HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO						-D 5N
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H						-D Manter
4	TILATIL 20MG EV 12/12H						D4
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6						-D 18h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA						-D 18h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						-D 5N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N						-D 5N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						-D 5N
10	SSVV + CCGG 6/6 H						-D 5N
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG						-D 5N
14	Retirar Sonda venosa de acesso						-D 5N
15	Trocar sonda venosa de acesso						-D 5N
16	Trocar sonda venosa de acesso						-D 5N
17	Don 9:30						
18							
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),						
20	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:

MANTENHO ATB, SOLICITO RAO X DE CONTROLE

SINAIS VITAIS				
6 H	100x60	70		
12 H	120x80	61		36,5
18 H	130x88	69		36,3
24 H	110x70	66		36,5

Dr. Leonardo Rabeia
Residente em Ortopedia e
Traumatologia
CRM-RR 1715

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Terezinha Roraima Nogueira
TÉCNICA DE ENFERMAGEM
CONEN 387.000

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HGR Hospital Geral de Roraima	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE	CONCEICÃO DAIANA						
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA						
ALERGIAS							
IDADE	HAS	NEGA	DM2	NEGA			
ITEM	LEITO	203-1	DATA	13/10/2016			
PRESCRIÇÃO							
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO					
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	DSND					
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	DSND					
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	DSND					
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6	DSND					
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	DSND					
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	DSND					
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N	DSND					
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	DSND					
10	SSVV + CCGG 6/6 H	DSND					
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	DSND					
14	Alto Hospitalar	DSND					
15							
16							
17							
18							
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).						
20	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:							
MANTENHO ATB, SOLICITO RAO X DE CONTROLE							

Dr. Leonardo Rabeto
Residente em Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1715

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Conceição Rodrigues da Silva Brito, 30 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 02 / 10 / 16, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura de osso da perna
NO DIA 02 / 10 / 16, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
do osso da perna SENDO
OPERADO PELO DR. Vitor Montenegro E DR. Enrique.
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 13 / 10 / 16, ÀS 10:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 27 / 10 / 16, ÀS 04:30, COM O
DR. Enrique

Av. Eng. Eduardo Gomes, 511
Novo Planalto Tel (68) 3111-1111
ALTA

Dr. Leonardo Rabelo
Residente em Ortopedia e
Traumatologia
CRM BR 1715

ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

COA VISTA, 1 / 1 / 1

MÉDICO

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HCR Hospital Geral de Roraima	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE	CONCEIÇÃO DAIANA						
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA						
ALERGIAS			HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE			LEITO	203-1	DATA	12/10/2016	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					3. 11.17	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					manhã	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H					D4 12 18 24 CG	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					10-22-12-24-06	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6					5 N	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					5 N	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					5 N	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N					5 N	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					5 N	
10	SSVV + CCGG 6/6 H					8/8h	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG					A/ou com	
14							
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:							

MANTENHO ATB, SOLICITO RAIOS X DE CONTROLE

SINAIS VITAIS	PA	FC	TEMP	
6 H	120/70	63	36.2	
12 H	127x74	64	36.2	
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Dr. Leonardo Rabe
Residente em Ortopedia e
Traumatologia
CRM-RR 1715

Solicitud de Conteste

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

SINISTRO 3170503082 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CONCEICAO DAIANA DA SILVA CASTRO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO
GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO CONCEICAO DAIANA DA SILVA CASTRO
CPF/CNPJ: 81290853215

Posição em 15-01-2018 18:49:59

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT.
Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo
neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
16/01/2018	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

~~R\$ 1.181,25~~ 251- R\$ 1.181,25