

509436

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 041/2019/DAT - Boa Vista - RR, em 17/01/2019.

COMUNICANTE: KEILA MARIA MARQUES DA COSTA

RG: 259841 SSP-RR CPF: 869.383.632-34

ENDEREÇO: RUA IZÍDIO GALDINO, Nº 1609, BAIRRO SENADOR HÉLIO CAMPOS, BOA VISTA-RR

SEXO: FEMININA

PROFISSÃO: ESTUDANTE

NATURALIDADE: URUCARÁ - AM

DATA DE NASCIMENTO: 19/03/1986

IDADE: 32 ANOS GRAU DE INST: ENSINO MÉDIO COMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA TELEFONE: 99127-0941 Nº REG. CNH: NÃO POSSUI

NOME DO PAI: NIVALDO MARTINS DA COSTA

NOME DA MÃE: MARIA ASSUNÇÃO MARQUES DA LIMA



A comunicante compareceu nesta Delegacia Especializada para informar que aos 21/09/2018, por volta das 19h, na Rua Tertuliano Cardoso Ramos esquina com Rua Benjamin Pereira de Melo, bairro Senador Hélio Campos, nesta capital,

QUE conduzia a motocicleta HONDA NXR 125 BROS ES, cor vermelha, placa NAW 0241, RENAVAL 01034482740, chassi 9C2JD2320FR100154, de propriedade de SERGIO DA SILVA FERREIRA, indo para sua casa; QUE um veículo pequeno, possivelmente um GM Celta, cor cinza, cruzou a preferencial sem respeitar a placa de sinalização de PARE que existe no cruzamento com a Rua Benjamin Pereira de Melo; QUE a comunicante não teve como evitar o impacto; QUE freou mas não foi suficiente; QUE a comunicante bateu de frente na lateral esquerda do carro; QUE foi arremessada ao solo e desmaiou; QUE o condutor do Celta se evadiu do local tomando rumo ignorado; QUE a comunicante somente recobrou a consciência quando já estava dentro do SAMU; QUE teve fratura nos ossos da face e escoriações pelo corpo; QUE ficou 30 (trinta) dias internada; QUE realizou uma cirurgia na face; QUE possivelmente ainda terá que realizar outra cirurgia; **QUE o presente B.O é exclusivamente para fins de seguro DPVAT.**

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

apc
Priscila Carneiro
Agente de Polícia Civil
Matrícula 042000912

AGENTE DE POLÍCIA CIVIL

Mat. Nº 042000912

Keila maria marques da costa
KEILA MARIA MARQUES DA COSTA
COMUNICANTE

DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
Endereço: Av. Capitão Júlio Bezerra, 343 Centro
Boa Vista – Roraima – Brasil



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAR 2019

CONTRAN		DENATRAN	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETTRAN - RR CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 012920136692	
VA	01	ODD RENAVAM	01014482740
EXERCÍCIO	2018	RNTRC	
NOME		SERGIO DA SILVA PEREIRA	
CPF / CNPJ	510.578.732/12	PLACA	NAM0241
PLACA ANT / UF	IC2B230PR100150	CHASSI	
ESPEC. DPO		COMBUSTÍVEL	GASOLINA
MARCA / MODELO	HONDA / HONDA	ANO FAB.	2014
CAP / POT / OL	1.800 / 125	ANO MOD.	2014
CATEGORIA	VEICULO	COR PREDOMINANTE	VERMELHA
COTA ÚNICA	1*	VENÇ. / COTAS	1*
FAIXA LPVA	2*	PREMIO TOTAL (R\$)	3*
PREMIO TARIFARIO (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	06/03/2018
OBSERVAÇÕES			
ALFIDE ADM DE LICENCIAMENTO HONDA LTD &			
PROIB SAIR VA HONDA LTD &			
IDM VISA 01014482740			
DATA 09/03/2018			
Antonio Francisco Deserra Marques			
Diretor Presidente			
DETTRAN RR			

CONTRAN		DENATRAN	
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT			
RR Nº 012920136692		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.dpvatsegurodetransito.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
VA	01	CFR / CNPJ	510.578.732/12
RENAVAM	01014482740	PLACA	NAM0241
MARCA / MODELO	HONDA / HONDA	ANO FAB.	2014
CAP / POT / OL	1.800 / 125	ANO MOD.	2014
CATEGORIA	VEICULO	COR PREDOMINANTE	VERMELHA
COTA ÚNICA	1*	VENÇ. / COTAS	1*
FAIXA LPVA	2*	PREMIO TOTAL (R\$)	3*
PREMIO TARIFARIO (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	06/03/2018
OBSERVAÇÕES			
ALFIDE ADM DE LICENCIAMENTO HONDA LTD &			
PROIB SAIR VA HONDA LTD &			
IDM VISA 01014482740			
DATA 09/03/2018			
Antonio Francisco Deserra Marques			
Diretor Presidente			
DETTRAN RR			

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0074985-0

Nº da Nota Fiscal: 001982535

Av. Capitão Enio Garcia, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal: 1 - Conta de Energia Elétrica - Sane B-1
Regime especial de tributação autônoma pela SEFAZ 360/13

A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2007.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2018	01/01/2019	113	122,18

KEILA MARIA MARQUES DA COSTA
R. IZIDIO GALDINO SILVA 1609 SENADOR HELIO CAMPOS
CPF: 00086938363234
CEP: 69.316-516 - BOA VISTA

ROT: 28.001 26.26 087500

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
kWh	kVA/h		
Atual: 10347		Atual: 13/12/2018	
Anterior: 10234		Anterior: 14/11/2018	
Constante de Multiplicação: 1,000		Próxima Leitura: 15/01/2019	
Consumo Medido: 113		Emissão: 13/12/2018	
Consumo Faturado: 113	FCAN	Aprovisionado: 13/12/2018	

79

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Legião	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	B1	12FDB01728M	1419161	3.1.3.2	118

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano	Consumo		
NOV/18	134	CONSUMO 113 A R\$ 0,791912 =	89,48
OUT/18	103	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 10/18-00	0,11
SET/18	113	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 10/18-00	0,79
AGO/18	119	MULTA POR ATRASO DE 1 10/18-00	1,14
JUL/18	112	JUROS DE MORA POR ATR 10/18-00	0,25
JUN/18	100	MULTA POR ATRASO 10/18-00	1,17
MAI/18	132	JUROS DE MORA DE IMPO 10/18-00	0,78
ABR/18	138	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	23,46
MAR/18	0		
FEV/18	0		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano: 11/2018 Valor R\$: 112,04

Unidade consumidora sujeita a suspensão de fornecimento de energia elétrica a partir de 20/10/2018 em função das condições de pagamento da conta faturada. A não pagamento desta conta, bem como a inclusão de nova unidade consumidora, não impedem a suspensão de fornecimento de energia elétrica. Caso tenha efetuado o pagamento parcial, despendido pela unidade.

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA, PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. RESERVISTA LICENCIADO ÚLTIMOS 5 ANOS. APRESENTE-SE DE 10 A 14 DEZ - 1 BOA INF-SEL LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS DISTRIBUÍDOS - R\$	
Distribuição:	22,21	Base de Cálculo:	89,48
Energia:	47,07	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	15,21
Encargos:	2,44	Valor do PIS:	0,45
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
4,45	16,91	33,82	8,46	16,92	33,84	4,65	
4,16			13,00			1,30	

DISTRITO

ROT: 78 001 26.26 087500

Eletrobras
Distribuição Roraima

Av. Capitão Enio Garcia, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal: 001982535 FCAN

SEU CÓDIGO: 0074985-0

MES FATURADO: 12/2018

VENCIMENTO: 01/01/2019

TOTAL A PAGAR - R\$: 122,18

83620000001 3 22180075000 4 000000000074 5 98501218008 1

SEQ.: 00189 UC: 0074985-0 DT. LEIT.: 13/12/2018 T. ENTR.: 04
LEITURA: 10347 NORMAL TOTAL: 122,18 CARGA: 012
DT. VENC.: 01/01/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1351

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 MAR 2019

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

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190188586 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA KEILA MARIA MARQUES DA COSTA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO KEILA MARIA MARQUES DA COSTA
CPF/CNPJ: 86938363234
Posição em 21-03-2019 09:37:00

Seu pedido de indenização foi **negado**. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br

A.1. ASSINATURA	C. ENDEREÇO	E. REGISTRO DE PARTICIPANTE	G. DATA DE ASSINATURA
		F. NÚMERO DO REGISTRO	H. DATA DE ASSINATURA

FILAÇÃO
 DATA DE NASC. DE / / PARA
 DOCUMENTO
 REPÚBLICA DE GUINÉ-BISSAU
 NOTAS

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

/RR - 28/07/2010

ADVOCACIA



ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: O (A) Sr, KEILA MARIA MARQUES DA COSTA, nacionalidade, brasileira, estado civil, solteira, profissão, estudante, portador (a) da Cédula de Identidade nº 259841 SSP/RR e do CPF 869.383.632-34, telefone: (95) 99162-7329, residente e domiciliado (a), na Rua, Izidio Galdino Silva, nº 1609, bairro Senador Helio Campos, CEP 69. 316-516, na Cidade de Boa Vista-RR.

OUTORGADOS: JOSÉ HILTON DOS SANTOS VASCONCELOS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob nº 1105, com endereço profissional nesta Capital, na Rua dos Buritis, nº 376, bairro 13 de Setembro.

PODERES: Os contidos na cláusula *ad judicium et extra* para, em nome dos outorgantes, em Juízo ou fora dele, em qualquer foro, defender seus direitos e interesses, podendo confessar, reconhecer procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, acordar e discordar, propor ações de qualquer natureza que sejam de interesse das partes outorgantes, dar e receber quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015, firmar compromisso, bem como tudo o mais que se fizer necessário para o perfeito e cabal desempenho de suas funções, inclusive substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reserva de poderes, podendo agir em conjunto ou separadamente.

Boa Vista/RR, 30 de Maio de 2019

Keila Maria Marques da Costa
Outorgante

ADVOCACIA



ADVOCACIA

DECLARAÇÃO HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, KEILA MARIA MARQUES DA COSTA, nacionalidade, brasileira, estado civil, solteira, profissão, estudante, portador (a) da Cédula de Identidade nº 259841 SSP/RR e do CPF 869.383.632-34, telefone: (95) 99162-7329, residente e domiciliado (a), na Rua, Izidio Galdino Silva, nº 1609, bairro Senador Helio Campos, CEP 69. 316-516, na Cidade de Boa Vista-RR.

Declaro, que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República, da Lei nº 1.060/50 e art. 98 do Código de Processo Civil.

Boa Vista-RR, 30 de MAIO 2019

Keila maria marques da costa

DECLARANTE

21/09/2018

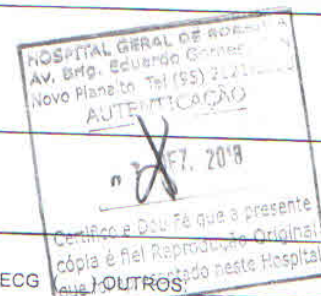
... Guia de Atendimento 02 ...

204-2

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308



1801012207		21/09/2018 19:57:51		FICHA DE ATENDIMENTO				TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 14	
Paciente KEILA MARIA MARQUES DA COSTA				Data Nascimento 19/03/1986		Idade 32 A 6 M 2 D		CNS		CPF ⁰⁷ 86938363234	
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento 259841		Órgão Emissor SSP/RR		Data Emissão 05/06/2008		Sexo F		Estado Civil SOLTEIRO (APARDA)	
Mãe MARIA ASSUNÇÃO MARQUES DE LIMA				Pai IVALDO MARTINS DA COSTA		Razão Social BOA VISTA - RR		Naturalidade BRASILEIRA		Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA - PRESIDENTE COSTA E SILVA - 540 - SAO PEDRO - BOA VISTA - RR				Contato (95) 99136-0795		Ocupação					
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		N° da Carteira		Validade 08 MAR 2019		Autorização		Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Temp.		Peso		Pressão	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Procedimento Sol.		Registrado por: MARLY			
Queixa Principal Queda de moto.											
Anamnese de Enfermagem Paciente apresentando queda, lesão em região temporal D, contusão e laceração e fratura de fêmur TS.											
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)											
Exame Físico Estável hemodinamicamente. RR: MU SIRA. AB: adiposo.											
Hipótese Diagnóstica											
SADT - Exames Complementares ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG											
PRESCRIÇÃO											
APRAZAMENTO											
OBSERVAÇÃO											
Condução ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para:											
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica											



Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: marly
Data Hora: 21/09/2018 19:59:44



1801012207

21/09/18 Parte vsta de achado no fratura
com edma e equine ponto (D),
com FCC em synch (D), de e
epiteu caribudo.

Hr: Fratura C70 (D).

CD: 40 + informado.

Dr. Dennis Dinelli
Cir. Bico Maxilo
CRO/RJ 505



Alto: 37.50.2018

 SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
--	------------------------	---------------------	---	--

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	

304-2

5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		10 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
13 - UF		14 - CEP	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: Keila MARIA MARQUES DA COSTA

6 - N° DO PRONTUÁRIO: 168671

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 910810103618574520

8 - DATA DE NASCIMENTO: 19/03/86

9 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Maria Assunção Marques de Lima

10 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO): Rua Prudente Costa e Silva 590 São Paulo

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: São Paulo

12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: 3550308

13 - UF: SP

14 - CEP: 012

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	

Paciente vítima de acidente motorizado com fratura de C70 (D), edema e equimose (D), de epiglote coberta

18 - CONDIÇÕES QUE LEVAM À INTERNAÇÃO	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	

18 - CONDIÇÕES QUE LEVAM À INTERNAÇÃO: Acidente de trânsito

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Clínico e radiológico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Fratura de C70 (D) + Anco (D)

21 - CID 10 PRINCIPAL: S29

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Intubação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO		29 - N° 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)		33 - N° DO REGISTRO DO CONSELHO	

26 - CLÍNICA: BMC

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

28 - DOCUMENTO: () CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 511715131815121610

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Amir Duly de Jesus

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 21/05/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO): Sir. Edco Maxilo

33 - N° DO REGISTRO DO CONSELHO: 505

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	
36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE	
38 - SÉRIE		39 - CNPJ EMPRESA	
40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO:

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO:

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - N° DO BILHETE:

38 - SÉRIE:

39 - CNPJ EMPRESA:

40 - CNAE DA EMPRESA:

41 - CBOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR:

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0308010019

46 - N° DO REGISTRO DO CONSELHO: 5028

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 21/05/18

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO):

49 - N° DO REGISTRO DO CONSELHO: 299

Até 15-10

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SERVIÇO DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL

PEDIDO DE PARECER

PACIENTE: Kula Maria Marques
DE: BUCOMAXILOFACIAL

BLOCO B 204-3
PARA: CARDIOLOGIA

Paciente do sexo feminino, 32 anos, vítima de acidente moto ciclístico visivelmente em fratura em face em região de prognatismo com diagnóstico de fratura de 1º grau. Todos os exames no pré-histórico. Soluções cirúrgicas.

Bruno Araújo da Silva
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRM-RR 717

Atenciosamente,

24/10/2018, Boa Vista - Roraima.

Cardiologia

P 10.8	F 32 anos
Alt 1.90	Tabagista
HTA 24	Urga HDS, DM e Lombalgias
	Pré op (Ex face)
	Ecg normal
	Per 2+ BOM S/A
	PA 110 x 70 mmHg
Data:	Classe I (Lee)
Assinatura:	ASA II

Dr. Ricardo Carvalho
Cardiologista
CRM-RR 1841 RQE 165

25/9/18



204-3

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR	ASR		QUARTO	204	LEITO	03	Nº DE REGISTRO	
NOME DO PACIENTE	Kela Maria Marques							
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS	Buenos Aires - Fratura C2D D							
DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÃO					
2014/14	1-Dieta líquida pastoso VO	SN	SN					
	2-Tenue 100mg + 100mg STO 9/8/8g ED SN	SN	SN					
	3-Dipirona 1g ED 6/6h de dia e noite	SN	SN					
	4-Plavix 100mg ED 8/8h de manhã ou noite	SN	SN					
	5-Duopron 200mg ED 8/8h de manhã	SN	SN					
	6-Esterceira elevada 30°	MANUTER	MANUTER					
	7-Alguma dor ou elevação de 0/12	3x ao dia	MTN					
	8-NBZ 500mg 5ml 6/6h + bruto 77	MTN	MTN					
	9-SSV + CGS	POTINA	POTINA					
21/3	10-Hidrocodona 100mg ED 12/12h	MTN	MTN					
	11-Palatin 2mg 2x ao dia	MTN	MTN					
			Obs - não foi medido					
			uma 8h pois não tem a quantidade de gotas de bruto					
			13:00 T = 36°					
			PA = 110/70					
			FC = 68					

SVV 12:00
PA: 106 x 73 mmHg
P: 83 T: 37.1

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNES			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
5 - NOME DO PACIENTE				8 - N° DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				9 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO			
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BARRIO)				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				16 - CEP			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
18 - CONDIÇÕES DE INTERNAÇÃO				19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO				21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO				23 - CID 10 TERCIÁRIO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA				27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
28 - DOCUMENTO				29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE				31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				33 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
34 - ACIDENTE DE TRABALHO				35 - CNPJ DA SEGURADORA			
36 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO				37 - N° DO BILHETE			
38 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO				39 - CNPJ EMPRESA			
40 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA				41 - CNAE DA EMPRESA			
42 - EMPREGADOR				43 - CBO			
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				47 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
48 - CID 10 PRINCIPAL				49 - CID 10 SECUNDÁRIO			
50 - CID 10 TERCIÁRIO				51 - CID 10 QUATERNÁRIO			
52 - CID 10 QUINTÁRIO				53 - CID 10 SEXTÁRIO			
54 - CID 10 SÉTIMO				55 - CID 10 OITAVO			
56 - CID 10 NONO				57 - CID 10 DÉCIMO			
58 - CID 10 UNDÉCIMO				59 - CID 10 DOZÉSIMO			
60 - CID 10 TRÍDECIMO				61 - CID 10 QUADRÍDECIMO			
62 - CID 10 QUINQUÉSIMO				63 - CID 10 SEXQUÉSIMO			
64 - CID 10 SEPTUQUÉSIMO				65 - CID 10 OCTINGÉSIMO			
66 - CID 10 NONINGÉSIMO				67 - CID 10 CENTÉSIMO			
68 - CID 10 CENTÉSIMO E PRIMEIRO				69 - CID 10 CENTÉSIMO E SEGUNDO			
70 - CID 10 CENTÉSIMO E TERCEIRO				71 - CID 10 CENTÉSIMO E QUARTO			
72 - CID 10 CENTÉSIMO E QUINTO				73 - CID 10 CENTÉSIMO E SEIS			
74 - CID 10 CENTÉSIMO E SETE				75 - CID 10 CENTÉSIMO E OITO			
76 - CID 10 CENTÉSIMO E NOVE				77 - CID 10 CENTÉSIMO E DEZ			
78 - CID 10 CENTÉSIMO E ONZE				79 - CID 10 CENTÉSIMO E DOZE			
80 - CID 10 CENTÉSIMO E TREZE				81 - CID 10 CENTÉSIMO E QUATORZE			
82 - CID 10 CENTÉSIMO E QUINZE				83 - CID 10 CENTÉSIMO E DEZESSEIS			
84 - CID 10 CENTÉSIMO E DEZESSETE				85 - CID 10 CENTÉSIMO E DEZESSETE			
86 - CID 10 CENTÉSIMO E DEZESSETE				87 - CID 10 CENTÉSIMO E DEZESSETE			
88 - CID 10 CENTÉSIMO E DEZESSETE				89 - CID 10 CENTÉSIMO E DEZESSETE			
90 - CID 10 CENTÉSIMO E DEZESSETE				91 - CID 10 CENTÉSIMO E DEZESSETE			
92 - CID 10 CENTÉSIMO E DEZESSETE				93 - CID 10 CENTÉSIMO E DEZESSETE			
94 - CID 10 CENTÉSIMO E DEZESSETE				95 - CID 10 CENTÉSIMO E DEZESSETE			
96 - CID 10 CENTÉSIMO E DEZESSETE				97 - CID 10 CENTÉSIMO E DEZESSETE			
98 - CID 10 CENTÉSIMO E DEZESSETE				99 - CID 10 CENTÉSIMO E DEZESSETE			
100 - CID 10 CENTÉSIMO E DEZESSETE				101 - CID 10 CENTÉSIMO E DEZESSETE			



Serviço Integrado de Cirurgia
Hospital Geral Rubens de Souza Bento



RESUMO DE ALTA

NOME: Keila marie marques da este

Data da internação: 21/09/18 Data de alta: 19/10/18

Profissionais: Bucomaxilofacial

DIAGNÓSTICO

Fratura do complexo zigomático ①

TRATAMENTO

Redução e fixação das fratura CZO ①

EVOLUÇÃO

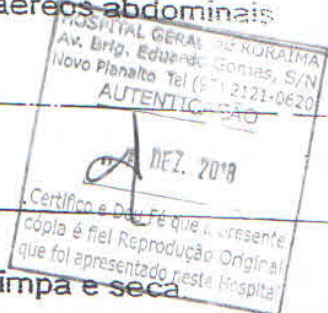
Evoluiu no pós operatório sem intercorrências, sem queixas, deambulando,
FO limpa e seca, aceitando bem dieta, ruídos hidro-aéreos abdominais
presentes.

ORIENTAÇÃO

1. Retornar ao Pronto Socorro se intercorrências.
2. Lavar F.O. (cortes) com água e sabão e manter limpa e seca.
3. Retirar os pontos com 10 dias no posto de saúde.



Dra. Silvana Ruiz da Silva
Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilo Facial
CRO-RR 826

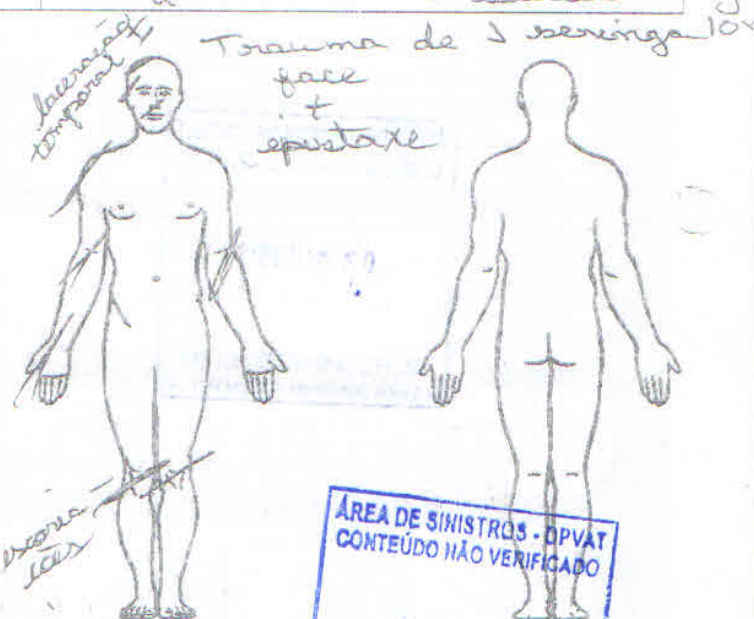
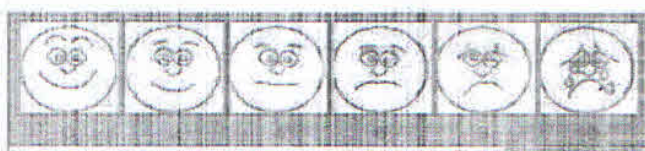


FICHA DE ATENDIMENTO Nº 1905		SAMU 192	
UNIDADE: Bravo II EQUIPE: Pand. Jorge Tac. Pente			
Paciente: Kiila Maria Marques da Costa Idade: 32 Sexo: Fm			
Nacionalidade: Brasileira Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia			
Endereço: R- Bertuliano antiga 5-17 Bairro: Helio Pampas			
Nº 17749	DATA 21/09/18	HORA J/9: 19h02	BASE ☒ VIA () [] RÁDIO
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: Helena		HORA J/10: 19h14	☒ CELULAR
SOLICITAÇÃO: ☒ SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NO LOCAL [] OUTRO			
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () / 1 a 3 horas () / 4 a 24 horas () / Mais de 24 horas () / Não sabe ()			
ÁREA DE SINISTROS - DR. VASCONCELOS CONTENDO NÃO VERIFICADO			
AUTOMÓVEL [] Capotamento [] Atropelamento [] Colisão AUTO x [] Motorista [] Passageiro Banco dianteiro [] Passageiro Banco traseiro		AUTOMÓVEL [] Uso de cinto [] Vítila projetada [] Vítila encarcerada [] Air Bag Acionado MOTOCICLETA/ BICICLETA [] Colisão MOTO x carro [] Queda de moto [] Atropelamento [] Colisão de Bicicleta [] Foto	
PEDESTRE [] Atropelamento [] VIA		VIOLENCIA [] FAB [] FAF [] Espancamento [] Violência Doméstica [] Violência Sexual [] Tentativa de suicídio [] Outro: OUTROS [] Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto [] Queda, Altura aprox.: [] Acidente Doméstico [] Queda de Altura Agente [] Afogamento [] Agressão p/ animal [] Outros:	
VIAS AÉREAS ☒ Livre [] Obstrução Parcial [] Obstrução Total [] Corpo estranho [] Edema de Glote [] Outro:		VENTILAÇÃO [] Apnéia [] Dispnéia [] Bradipnéia ☒ Taquipnéia [] Roncos [] Sibilos [] Falação paradoxal	
CIRCULAÇÃO [] Bradicárdico [] Taquicárdico [] Arritmico [] Enchimento capilar acima de 2" [] Ausente [] Cianose central [] Cianose de extremidade		AVAL. NEUROLÓGICA ☒ AVDN [] Miose [] Midriase [] Anisocoria [] D [] E [] Aparentemente Alcoolizado [] DNV	
Hora: 19h35 20x90 89 22 100		T. Axilar °C: 36.2	
Fim: 19h51 20x80 80 20 99		Glicemia: 102 8 MAR 2019	
Pele ☒ Corada [] Quente [] Pálida [] Fria [] Úmida [] Seca [] Cianótica		Cabeça ☒ Contusão [] Escoriação ☒ Laceração [] Hematoma [] Afundamento [] Fer. penetrante	
Face ☒ Contusão [] Escoriações ☒ Lacerações [] Ferimento ocular [] Luxação [] Mandibular		Pescoço [] Escoriações [] Lacerações [] Hematoma [] Desvio da traquéia [] Enfisema sub-cutâneo	
Tórax [] Escoriações [] Lacerações [] Tórax Instável [] Tamponamento [] Ferida Aspirativa [] Empalamento		Abdome [] Escoriações [] Lacerações [] Distensão [] Em laquea [] Doloresa [] Evisceração	
Pelve [] Contusão [] Escoriações [] Dcr [] Instabilidade		Coluna Dorsal [] Contusão [] Hematoma [] Dor [] Escoriações	
MMSS ☒ Contusão ☒ Escoriações [] Luxações [] Lacerações [] Fratura [] Amputação		MMII ☒ Contusão ☒ Escoriações [] Luxações [] Lacerações [] Fratura [] Amputação	
ECG/ECG CARDIACA ☒ Ritmo Sinusal [] Taquicardia [] Bradicardia [] Filuter		ECG/ECG CLINICA [] Respiratória [] Neurológica [] Psiquiátrica [] Metabólica [] Cardiovascular [] Aborto	
ECG/ECG CARDIACA [] Fibrilação atrial [] Fibrilação ventricular [] Assístolia		ECG/ECG CLINICA [] Digestiva [] Infecçiosa [] Obstétrica [] Outra	
ECG/ECG CARDIACA [] Diabetes [] Cardiopatia [] HAS		ECG/ECG CLINICA [] Alergias [] Outros	
ECG/ECG CARDIACA [] ILESO [] PEQUENA ☒ MÉDIA [] SEVERA		ECG/ECG CLINICA [] LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA	
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)		MULTIPLS MEIOS ACIONADOS	
[] Cancelamento [] Recusa de Atendimento [] Não se encontrava no local [] Recusa de hospitalização [] Trote [] Bombeiro no local:		[] Polícia Militar [] Guarda Municipal [] SMTRAN [] Bombeiro [] Outros:	
[] Iniciada as: [] Término as:		OBSERVAÇÕES	
[] RCP com sucesso [] RCP sem sucesso [] Obs.:		[] Hosp. Das Clínicas/RR - HCR [] Hosp. Lotte []is - HLI [] Outros	
[] Atendido no local ☒ Trauma HGR [] Pronto Atendimento [] Coronel Mota		[] Pol. Cosme e Silva - PCCS [] Hosp. Santo Antônio - HCSCA [] HMINSN	

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 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: _____	1SF 500 mL	6 Luvas P
Perda de líquido: _____	BCF: _____	1 equiso	2 dipironas
☐ Com cartão ☐ Sem cartão		1 soro 0,9% - 20	1 tilatil 40 mg

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Olhos abertos prontamente a estimulação	Espontânea	4
Abertura ocular em resposta a estímulo ou em voz alta	Ao Som	3
Abertura ocular após estímulo de estimulação de extremidade dos dedos	A Pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Verbal	Classificação	Pontos
Resposta adequada relativamente ao nome, local e dor	Orientado	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confuso	4
Palavras isoladas incoerentes	Palavras	3
Palavras isoladas	Sons	2
Ausência de resposta verbal, sem fatores de interferência	Ausente	1
Falar que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora	Classificação	Pontos
Cumprimento de ordem com 2 ações	A ordem	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo de dor ou desconforto	Localizador	5
Flexão/pronção do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominantemente normal	Flexão normal	4
Flexão/pronção do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominantemente 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
Falar que evita resposta motora	Não Testável	NT



ÁREA DE SINISTROS - OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

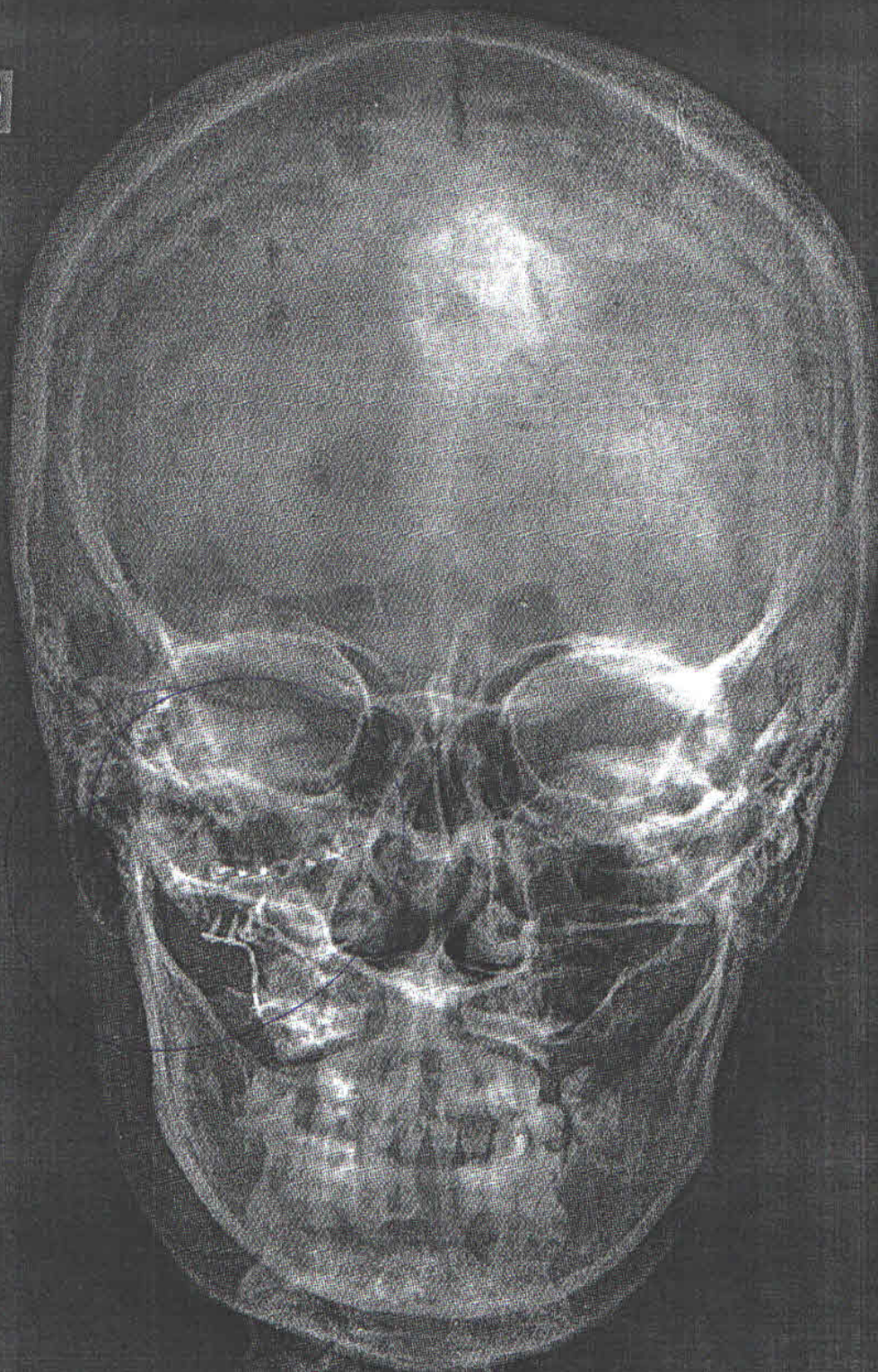
EVOLUÇÃO DO PACIENTE

20h00 - Vítima colisão moto x carro, encontrada em decúbito dorsal consciente, com trauma de crânio + face concussão, edema vulgusal na região frontal + deformidade em região temporal + laceração ± 4 cm lado D. Refere ainda dor na cervical, + escoriações abrasão. Realizado protocolo de trauma (colar + prancha) analgesia + AUP. MR ciente e encaminhado ao GT. (Observação: vítima encontrada sem capote glaxigow 15 + 55VV proporcionados.

Onir Vanessa B. Menezes
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 387261

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 11/01/19
Stephanie
Rubrica

D



KEILA MARIA MARQUES ,
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

BLOCO B 204-3

16/10/2018 12:35:15

TR. DORILENE / ED. FRANCILENE

100,9 %