

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: 07/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TERLY DE ARAUJO COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03905

CONTA: 00000004693-0

Nr. da Autenticação 072C538E9FE4D338

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170046500 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TERLY DE ARAUJO COSTA **Data do acidente:** 24/03/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da perna esquerda (tibia e fíbula).

Descrição do exame médico pericial: Deformidade do membro inferior esquerdo, consolidação viciosa, encurtamento do membro inferior esquerdo, limitação dos movimentos do tornozelo esquerdo (flexão, extensão e rotação) e instabilidade para deambular.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico, fixador externo (4 meses), imobilização gessada (2 meses) e posteriormente osteossíntese. Realizou fisioterapia (24 sessões). Alta médica.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/08/2017

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, a um quadro de restrição sequelar da mobilidade do membro inferior esquerdo.

Médico examinador: REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO

CRM do médico: 1032

UF do CRM do médico: RR

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 intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): TERLY DE ARAUJO COSTA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA RIO AMAZONAS, 1342 - BOA
VISTA/RR - CEP 69316-124

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 77394 - SSP-RR - 03/03/2010

Data e Local do Exame : 02/08/2017 AVENIDA SYLVIO LOFEGO BOTELHO,
565 - BOA VISTA/RR

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Diagnóstico: Vítima sofreu trauma no MIE com consequente fratura exposta da tíbia E + fratura da fíbula E

Exame Físico: Na avaliação pericial observo deformidade acentuada do MIE devido consolidação viciosa, encurtamento do membro de aproximadamente 2,5 cm, limitação funcional no tornozelo E: déficit nos movimentos de flexão e extensão e rotação e instabilidade para deambular e para suportar o corpo somente com o MIE

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? Sim Não

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em Boletim de Atendimento Médico? Sim Não

II. Descreva a evolução do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações

Vítima foi submetida a procedimento cirúrgico com colocação de fixador externo por 04 meses, seguido de imobilização gessada por 02 meses e posterior realização de osteossíntese; fez 24 sessões de fisioterapia e recebeu alta há menos de 01 mês. A presenta deficit morfológico acentuado no MIE

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? Sim Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Déficit funcional no MIE de grau intenso: deformidade, encurtamento do membro, instabilidade motora, diminuição acentuada dos movimentos do tornozelo E

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() “Exame não permite conclusão”

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

Membro Inferior Esquerdo

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

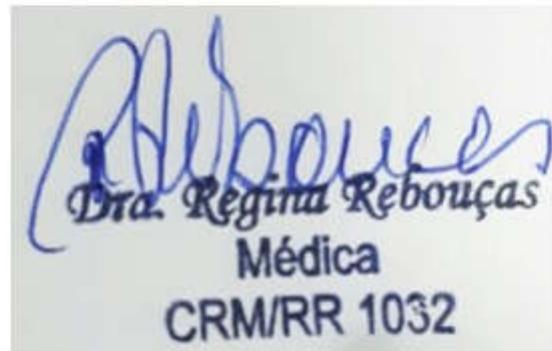
Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico – assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

Total = “100% da IS”

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



REGINA CLAUDIA REBOUÇAS MENDES ALHO CRM : 1032 / UF :RR

Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2017

Carta n°: 11467425

A/C: TERLY DE ARAUJO COSTA

Sinistro: 3170046500 ASL-0024903/17
Vitima: TERLY DE ARAUJO COSTA
Data Acidente: 24/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: TERLY DE ARAUJO COSTA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000003905

Conta: 000004693-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

CARTA DE SOLICITAÇÃO NOVA PERÍCIA MÉDICA



EU, Terly de Araújo Costa PORTADOR(A) DO
R.G. 77394 E CPF 201.169.932-00 RESIDENTE NA
RUA/AV: Rio Amazonas

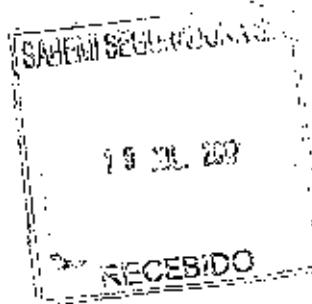
1348 BAIRRO Centro Jardim B. Vista
CIDADE Boa Vista UF: RR

TELEFONE: (95) 99117-5392

VENHO ATRAVÉS DESTA, SOLICITAR NOVA PERÍCIA MÉDICA PARA O
PROCESSO DE N° _____

BOA VISTA, 12 DE Julho DE 2017

Terly de Araújo Costa
ASSINATURA



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

00084
Geographic Group

— — — *Geographical Survey*

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	5 - NOME DO PACIENTE	6 - N.º DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE	12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	18 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
<p><i>Palavras + fratura exposta de Tibia e Fíbula</i></p>	

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - MÓDULOS ADICIONAIS
<i>CT Vertebral</i>	<i>Palavras + fratura exposta Tibia</i>			
<p><i>Rx + Ex Fiz e Anam</i></p>				

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
<i>Rx. Ext. em Fernz</i>						
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DE REGISTRO DO CONSULTO)
		<input checked="" type="checkbox"/> CNS	<input checked="" type="checkbox"/> CPF	<i>MAP / Fernandes</i>	<i>23/03/16</i>	<i>Carmim</i>

33 - ACIDENTE DE TRABALHO	34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	36 - VÍHICULO COM A PREVIDÊNCIA	37 - N.º DO BILHETE	38 - SÉRIE
39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - CNPJ DA EMPRESA	41 - CBO	42 - EMPREGADO	43 - EMPREGADOR	44 - N.º DO AUTORIZADOR
			<input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADO	<input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADOR	<input checked="" type="checkbox"/> AUTORIZADOR
45 - DOCUMENTO	46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DE REGISTRO DO CONSELHO)	49 - N.º DE AUTORIZADOR	50 - AUTENTICAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> CNS	<input checked="" type="checkbox"/> CPF				<i>08 JUN. 2016</i>
<p><i>Map / Fernandes</i></p> <p>Certifico e Dú que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado ao meu conhecimento</p>					

Tertly - Le Braga - Cost

Data: 13/03/16

O.S. 65

BOLETIM OPERATÓRIO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Frat. cirúrgico de Frat. exp. + fix. extram. Tib.

TIPO DE INTERVENÇÃO: Cirurgia

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: (1) nexo

CIRURGIAO: Dr. Firmino

1º auxiliar:

2º auxiliar:

INSTRUMENTADORA:

3º auxiliar:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

NÍCIO:

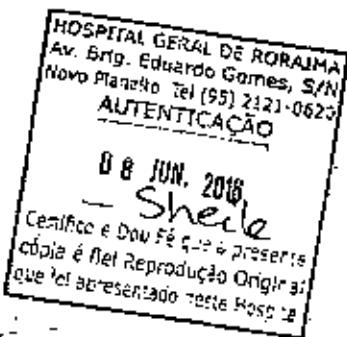
FIM:

DURAÇÃO: 17 JAN 2017

RECEBIDO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DDD sem pleno uso de membros
- 2) Assepsia + Asepsia + campos g.v. respeitando esteril.
- 3) f. MC. e assistido com sol. de S.A.
- 4) Permebe-se com asepsia e para céreos
- 5) Colocados de fix. extram. de T. Tib. (1)
- 6) RX control. de hér. de menor
- 7) Levaram
- 8) Sutura de pele
- 9) curativo
- 10) So RPA





FICHA DE ANESTESIA

Engineers / Architects

✓ Book Visits
24/03/16

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - RÔURA - EFEITO

RECEBIDO

ADENTES	TISSUE	TECNICA	ANOTACOES
15			↑ Monitórios de pulso
C			① <i>Adenosine</i> - adenosine
D			di coluna branca c/ Alcool
E			20%, pronta 60, p/ 3 lit.
F			Isoproterenol 2000, cloro, infusões
G			di hidroxicloro e pentoxifilin
GLUCOSE	1000mg		3,5, 4, 12, 15
NOGO			② <i>Adenosine</i> 4, 12, 15
SANGUE			Isoproterenol 2000, cloro, infusões
TOTAL	1000g		
OPERAÇÃO			

ANESTÉSICO Propofol CÓDIGO 00000000 CUSTODIA Guadalajara PÉRDIDA SANGUÍNEA 100 ml

DR. EDUARDO LEMANIO DE A. SANTOS
ANESTESIOLOGIA
CRMO 8200000

③ Efectivo
④ Em 11/09/2014
ESTADUAL DE SANTA CATARINA
Av. Getúlio Vargas, 1000 - Centro
Florianópolis - SC (55) 2121-0820
AUTENTICAÇÃO

ESTALGÉM DE RORAIMA
Av. 25 de Janeiro, 1000 - Centro
Cidade de Roraima - Tel. (55) 2121-0620

~~RECEBIDA~~ ENTREGA

Spectra
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Reclamação

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RECHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: *Terly de Araujo Costa*
Cirurgião Responsável: *Dr. Enivaldo*

ENTRADA DE SITIO CIRÚRGICO

PACIENTE CONFIRMOU

- Identidade
- Sítio Cirúrgico
- Procedimento
- Consentimento

RISCO CIRÚRGICO

- Aplica
- Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXIMENTRO 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 SANGUÍNEA > 500 ml

Não

Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura e Carimbo

Data: / /

Hora: :

ANTES DA INCISÃO

Anestesista

REVISÃO DA EQUIPE

PAUSA CIRÚRGICA

REVISÃO

PAUSA CIRÚRGICA (SÍTIO DEMARCADO)

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

ESTADO DE RORAIMA
SERVIÇO DE SISTEMA DE
VERIFICAÇÃO DE
SEGURANÇA CIRÚRGICA
JUN. 2016

ESTADO DE RORAIMA
SERVIÇO DE SISTEMA DE
VERIFICAÇÃO DE
SEGURANÇA CIRÚRGICA
JUN. 2016

Assinatura e Carimbo



ORTOP. 05

Hospital de Base
PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE/SETOR:

NOME DO PACIENTE:

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

DATA/HORA

PREScriÇÃO

SABEM/SEGURADORA SIM

DUARO

LEITO

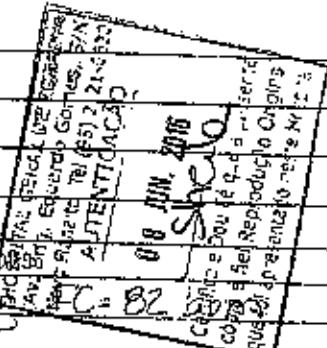
Nº DO REGISTRO

17 JAN 2017

RECEBIDO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO



26 ① Dextrose 5% 1000ml (BV) 12gls.

63 ② SFT 0.97 1000ml (BV) 12gls.

16 ③ Cefotaxime 1g (BV) 666ml

④ S. gentamicina (BV) 100ml

⑤ Dipirona 500mg (BV) 666ml (suspenso) 09-12-16-18

⑥ Rosuvastatina 20mg (BV) 3ml 09-14-18

⑦ Transtuzumab 100mg (BV) 086ml

ST 0.97 1000ml 11

⑧ Lantibiótico 10ml 11

⑨ Sistol 10ml + Cuidados gerais 11

Procedimento em Cirurgia

1. Técnica de Cerrado

Sonda de urina

Vasodilatador

1550g
1000ml
1000ml

1000ml
1000ml

1000ml
1000ml

1000ml
1000ml

1000ml
1000ml

Refer ~~repositório~~ com dipirona

108-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Lesley de Araújo

LEITO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

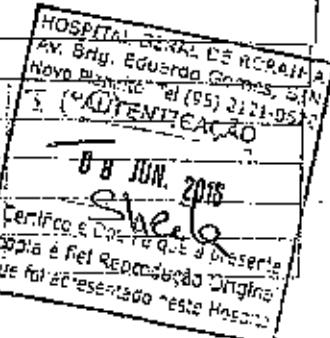
25/3/16

ITEM	DESCRÍÇÃO	HORÁRIO																								
1	Dieta oral livre	SND																								
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	12-24																								
3	Cefalotina 1g Iamp + AD (EV) 6/6h	12-18-24-06																								
4	Tenoxicam 20mg - Iamp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	10-22																								
5	Omeprazol 40 mg - Iamp EV pela manhã	06																								
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N																								
7	Dipirona 500mg/4ml - 2ml EV 6/6h	12-18-24-06																								
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	14-22-06																								
9	Captopril 25 mg VO se PAS \geq 160 ou PAD \geq 100 mmHg	S/N																								
10.	Glicemia capilar () Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>GLICEMIA</th> <th>INSULINA REGULAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>200-250</td> <td>2 UI SC</td> </tr> <tr> <td>251-300</td> <td>4 UI SC</td> </tr> <tr> <td>301-350</td> <td>6 UI SC</td> </tr> <tr> <td>351-400</td> <td>8 UI SC</td> </tr> <tr> <td>> 400</td> <td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td> </tr> <tr> <td>< 70</td> <td>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA</td> </tr> </tbody> </table>	GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA	<table border="1"> <thead> <tr> <th>GLICEMIA</th> <th>IR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12:00</td> <td>SABEM/SEGURADORA</td> </tr> <tr> <td>18:00</td> <td>IR</td> </tr> <tr> <td>24:00</td> <td>IR</td> </tr> <tr> <td>06:00</td> <td>IR</td> </tr> </tbody> </table> <p>17 JAN 2017</p>	GLICEMIA	IR	12:00	SABEM/SEGURADORA	18:00	IR	24:00	IR	06:00	IR
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																									
200-250	2 UI SC																									
251-300	4 UI SC																									
301-350	6 UI SC																									
351-400	8 UI SC																									
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																									
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA																									
GLICEMIA	IR																									
12:00	SABEM/SEGURADORA																									
18:00	IR																									
24:00	IR																									
06:00	IR																									
11.	Curativo diário 1x ao dia																									
12.	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTAÇÃO RECEBIDO																								
13.	Ibuprofeno 500 mg EV 6/6h	12 (18) 04/06																								
14.	Metformina 500 mg EV 8/8h	14 04/06																								
15.	Anticoagulante 240 mg FI 12h	16 04/06																								
16.																										

Evolução Médica:

Av. felicidade 2. Vago.

Dr. Bruno Francisco Guedes Guedes
Médico de Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1552



SINAIS VITIAIS

	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (respir.)
12:00	105x29	79	-
13:00	100/70	80	-
24:00	120/80	72	-
06:00	110/80	75	-

BLOCO A. 108-1



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		24/03/2016	DIH	4	DN	18/03/1963
PACIENTE		TERLY DE ARAUJO COSTA				
DIAGNÓSTICO		FX EXPOSTA DE TÍBIA E				
ALÉRGIAS		NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		53	LEITO	108-1	DATA	27/03/2016
ITEM		PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE.					SN 0
2	SF 0,9% 700 ML EV EM 24 HS LENTO					SUSP
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H					SUSP
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H					SUSP/12H
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA					10
6	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h S/N					SUSP
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					SN
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN
9	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA					26/03
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H					—
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SN
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h (S/N)					SN
13	SSVV + CCGG 6/6 HS					notina
14	GENTAMICINA 240MG, IV, 1X/DIA					—
15	CLINDAMICINA 600MG, IV, 8/8HS					—
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 DM/ML, GLICOSE 50% 10 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					17 JAN 2017

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, AUMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CHURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Floraíto Tel (95) 2221-0520

AUTENTICAÇÃO

08 JUN. 2016

Este é o original que a presente cópia é fiel. Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital.

Dr. Elder Soáres
CRM/RR 1828
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110/70	70		36,1
12 H				
18 H	110/70	70		
20 H	110/70	78	—	36,8



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



PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		24/03/2016	DIH	5	DN	18/03/1963
PACIENTE	TERLY DE ARAUJO COSTA					
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE TIBIA E					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	53	LEITO	108-1	DATA	28/03/2016	
ITEM	PREScrição					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE.					9h
2	SF 0,9% 1000 ML EV EM 24 HS LENTO					10-21
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H					SUSP
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H					16
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA					SUSP
6	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h S/N					SW
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					SW
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					10-21
9	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA					10-21
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H					10-21
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHg					10-21
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					10-21
13	SSVV + CCGG 8/6 HS					10-21
14	GENTAMICINA 240MG, IV, 1X/DIA (D/3)					10-21
15	CLINDAMICINA 600MG, IV, 8/8HS (D/3)					10-21
16						10-21
17						10-21
18						10-21
19						10-21
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 MIL EV + AVISAR PLANTONISTA					10-21

Evolução MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6h	110/80	70	—	36,1°C
12 h	100/70	68	—	36,1°C
18 h	106/73	75	—	—
24 h	112/77	77	—	—

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 5/N
Novo Planalto. Tef (53) 2121-0520

08 JUN. 2016
Sheila
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fidel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital



CONTENTS.

Name: Emily Naomi Eric

DATA: 28.03.16

- 0 GRAU - I

GRAU - 11

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convatec, Solutions Programs. Os protetores com 92 ou mais lesões, estas devem ser exhibidos separadamente.

HOSPITAL GERAL DE POMBAL
Av. Padre Lucindo Gomes, S/N
Novo Pianalto Tel (55) 31-21-2620
AUTENTICAÇÃO

08 JUN. 2004

Shojo
Cartoon e anime que é presente
desde a origem da mídia.
que foi se esclarecendo ao longo do tempo.



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



DATA DE ADMISSÃO	24/03/2016	DIH	3	DN	18/03/1963
PACIENTE	TERLY DE ARAUJO COSTA				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE TIBIA E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	53	LEITO	108-1	DATA	26/03/2016
ITEM	PREScrição				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE.				06
2	SF 0,9% 700 ML EV EM 24 HS LENTO				SUSP
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H				SUSP
4	SE FALTAR I EM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				06
5	TENOXICAM 10 MG EV 01 X DIA				10
6	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h S/N				SUSP
7	TRAMAL 100 MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				06
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				06
9	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA				06
10	SE FALTAR I EM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H				06
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				06
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				06
13	SSVV + CCGG 6/6 HS				06
14	GENTAMICINA 240MG, IV, 1X/DIA				06
15	CLINDAMICINA 600MG, IV, 8/8HS				06
16					06
17					06
18					06
19					06
20	SE DIABETICO 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				06

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Horizonte Tel (65) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

08 JUN. 2016

Sheila

Confirma que a presente
côpia é fidel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

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

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	135/86	75	—	36,5 °C
12 H	136/71	85	—	36,2 °C
18 H	133/86	90	—	37,5 °C
24 H	134/87	91	—	36,1 °C



HÓSPITAL GERAL
DO RIO BRANCO

ESTADO DO RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE:

NAME: Tally de Araujo, Isra

IDADE: 53

REGISTRO:

BLOCO: A

ENFERMARIA:

LEITO: 108-A

JTI: EMERGÊNCIA:

DE: Ortopedia

PARA: Ortopedia

Dados Clínicos:

Plano Clínico:

SABEMI SEGURADORA S/A
17 JAN 2017

REC:

Dr. Eldor Soares
Residente de Ortopedia
e Traumatologia
CRM-RR 1828

Médico:

28/03/16
Data

53 anos
coringa

Plano clínico

ext. gástrica

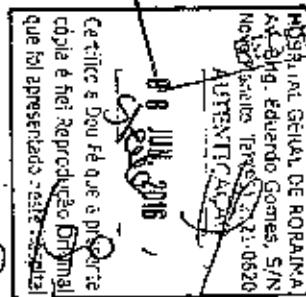
Neg. suscitos cardiológicos
ext. fíbris: PA: 120

Sp: R. d. 30
Sp: prop. of

28/03/16
Data

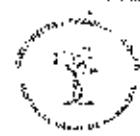
ECG: Nor

Coceira - S/ edema





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



DATA DE ADMISSÃO 24/03/2016 DIH 6 DN 18/03/1963

PACIENTE TERLY DE ARAUJO COSTA

DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA DE TÍBIA E

ALÉRGIAS NEGA HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE 53 LEITO 108-1 DATA 29/03/2016

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE.	5/10
2	SF 0,9% 1000 ML EV EM 24 HS LENTO	12/12
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H	SUSP
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H	—
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA	—
6	DIPIRONA 1G EV OU VO 6/6h S/N	SUSP
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	—
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	75%
9	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA	—
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANTIDINA 50MG EV 12/12H	—
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD 500 MMHG	—
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	—
13	SSVV + CCGG 6/6 HS	10AT/14/13
14	GENTAMICINA 240MG, IV, 1X/DIA (D/3)	1/02
15	CLINDAMICINA 600MG, IV, 8/8HS (D/3)	—
16	PARACETAMOL 500MG VO 6/6h	—
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 ≥ 200 : 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	18/03/2016

SE BEM SEGURO DIA
17 JAN 2016 08:00
RECEBIDO

EVOLUÇÃO MÉDICA:

I ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO; SEM ALTERAÇÕES

II EXAME FÍSICO: NEG, LOTE, ACANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORRADO, A SOLICITADO:

II CONDUTA:

II PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

II PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Sarg. Eduardo Gómez, 5/N
Novo Planalto Tel (96) 2521-0620
AUTENTICAÇÃO

08 JUN. 2016

Shoede

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é da Reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

SINAIS VITAIS	PA	EC	FR	TEMP	Dr. Elder Soares
6 H	100X70	64			CRM/RK 1828
12 H	100X60	53		36 °C	Residente de Ortopedia e
18 H					Traumatologia
24 H	100X70	87			



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



PREScriÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 24/03/2016 DIH 8 DN 18/03/1963

PACIENTE TERLY DE ARAUJO COSTA

DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA DE TIBIA E

ALERGIAS NEGA HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE 53 LEITO 108-1 DATA 31/03/2016

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE.	5/11
2	SF 0,9% 500 ML EV EM 24 HS LENTO	12
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H	SUSP
4	SE FALTAR IT EM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H	✓
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA	SUSP
6	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h S/N	SUSP
7	TRAMAL 100 MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	7/5/11
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	06
9	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA	06
10	SE FALTAR IT EM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H	13 06
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	7/5/11
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	7/5/11
13	SSVV + CCG 6 6/6 HS	10/7/11
14	GENTAMICINA 240MG, IV, 1X/DIA (D/5)	SUSP
15	CLINDAMICINA 600MG, IV, 8/8HS (D/6)	16 24 08
16		—
17		—
18		—
19		—
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (S/C), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	—

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACINÓTICO, ANICTÉRICO, AFFIBRIL, EUPNEICO, NORMOCO

ALERTA: EDUARDO GOMES, S/A,
Av. Brig. Eduardo Gomes, 5/9,
Novo Horizonte, Tel (55) 2121-0620
AUTENTICO

SOLICITADO:

CONDUTA:

PRO

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	Dr. Elder Soares CRM/RR 1828 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					

08 JUN. 2016
Certifico e. Sheile
só é fez Reprodução digital
que foi apresentado para a
autenticação

SECRETARIA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUC
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR /INSS

585

RACIONE TALY de Anaújo Costa / 53 ANO
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/03/03, CC
DIAGNÓSTICO DE Fratura exposta de Tíbia compreensiva

NO DIA 23/03/03 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Tratamento hirúrgico de Fratura exposta SABEMI SEGURO D'AMARAL GENI
OPERADO PELO DR. Enaldo Soares E DR. RECEBIDO

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 31/03/03 17 JAN 2003 EN
EM ESTADO GERAL, SEM QUÉIXAS ÁLGICAS.

COM ENCaminhamento para o AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIAS DO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 01/04/03 ÀS 07:00 COM
IR.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZAÇÃO 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 O(UAT) DIA 03 DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brg. Eduardo Gomes, 5/N
Novo Horizonte Tel (65) 2121-0523
AUTENTICAÇÃO

08 JUN. 2003

Dr. Elder Soares
Residente de Ortopedia
e Traumatologia
CRM-RR 1828

Este documento é de propriedade do Hospital Geral de Roraima. É proibida a sua reprodução. Foi feita Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital.

Dr. Elder Soares
Residente de Ortopedia
e Traumatologia
CRM-RR 1828



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 201.169.932-00

Nome da Pessoa Física: TIRLY DE ARAUJO COSTA

Data de Nascimento: 18/03/1963

Situação Cadastral: REGULAR

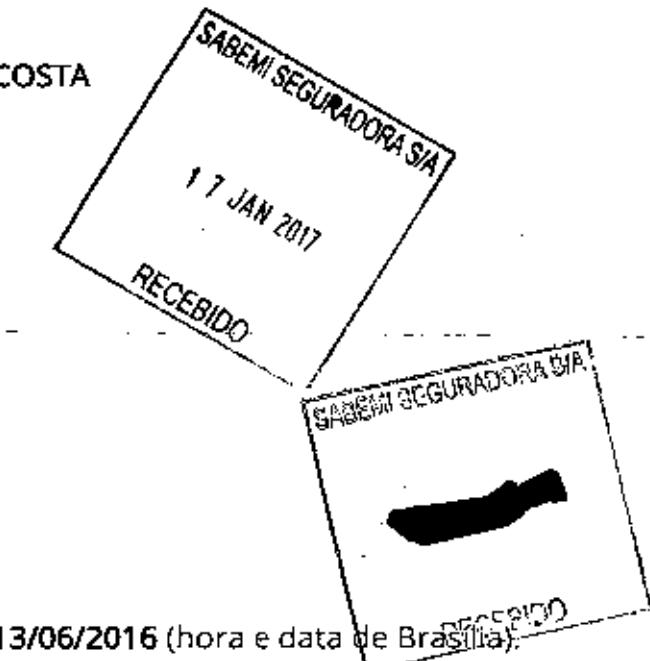
Data da Inscrição: anterior a 10/11/1990

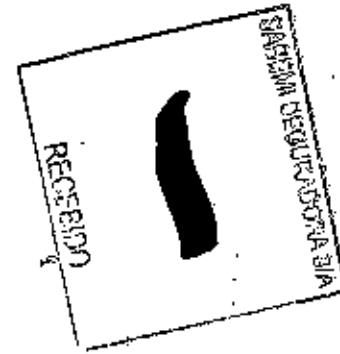
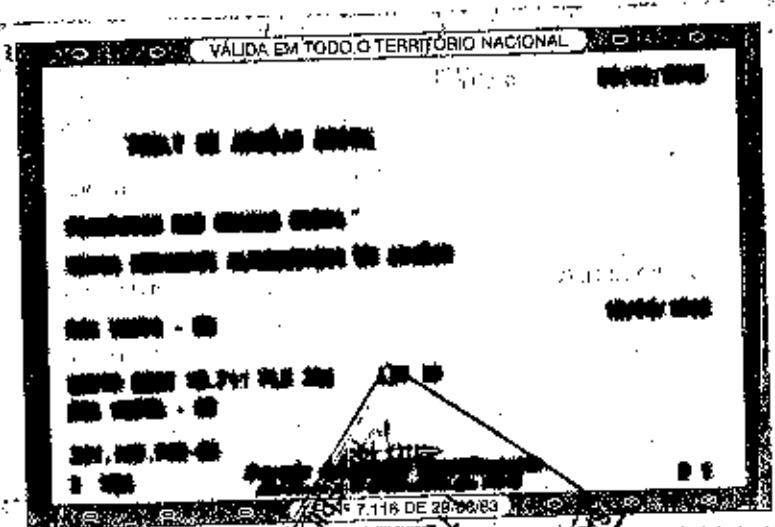
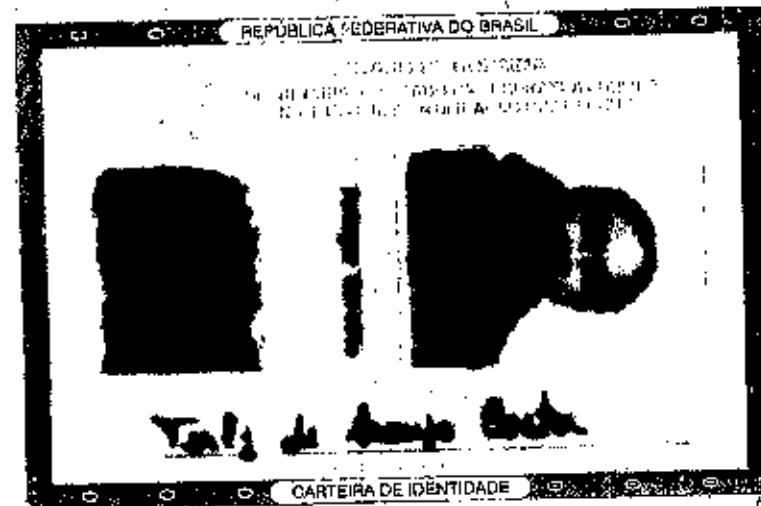
Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 11:54:09: do dia 13/06/2016 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: C2B9.952C.4B65.4495

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.
(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFaautentic.asp>)





00124

Comprovante de residência

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE BARTERIA		
Nº 905314502		
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
INÍCIO CORRER DANTAS		
DOC. NACIONAL DE EMISSÃO 3142658 BBR BR		
Nº 732.657.152-00 DATA EMISSÃO 08/08/1979		
PRAZÃO JOSE DE SOUZA CORRER		
EVANGELINA LOBATO DA SILVA		
PERÍODO VÁLIDO TITULAR		
04/03/2014	26/09/2013	31/08/2016
ALFABETIZADA		
SOUZA VIEIRA - EVANGELINA		
0014 DF 00000 33/08/2014		
59564548026 30207683212		
BETHÂNIA PEREIRAS		

Janete Souza Santos

ALFABETIZADA

SOUZA VIEIRA - EVANGELINA

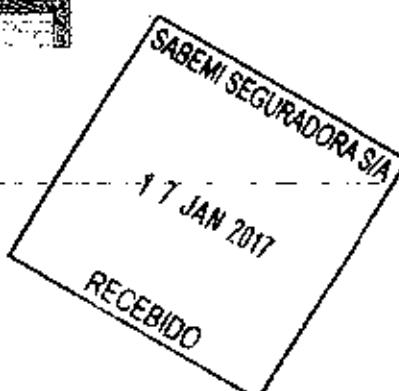
0014 DF 00000
33/08/2014

59564548026
30207683212

BETHÂNIA PEREIRAS

905314502

RECIBIDO



Ato Declaratório



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
COMANDO OPERACIONAL
COMPANHIA DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA



REGISTRO N° 0016137
OCORRÊNCIA: TRAUMA CLÍNICO
CÓDIGO: F-09
REG. DE REFERÊNCIA:

DATA	VIATURA	ÁREA DE ATUAÇÃO	HORÁRIOS	SAÍDA DA OBM	NO LOCAL	NA UNID. SAÚDE	NA OBM
24/10/16	Rua 14	<input checked="" type="checkbox"/> Leste <input type="checkbox"/> Oeste		23h32min	23h42min	00h02min	00h17min

1. DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

ENDERECO: Rua Bajado do Sol N° - BAIRRO: Balsa Vista
CIDADE: BV PONTO DE REFERÊNCIA: SUP. AGAI

LOCAL DA OCORRÊNCIA RESIDÊNCIA TRABALHO VIA PÚBLICA OUTRO



2. DADOS DO PACIENTE/VITIMA

NOME: Teclly de Amorim Costa R.G.: -
D.N.: 18.103.163 IDADE: 53 SEXO: Masculino Feminino NECESSIDADES ESPECIAIS: SIM NÃO

ENDERECO: Rua Rio Amazonas

N 1342 BAIRRO: Balsa Vista

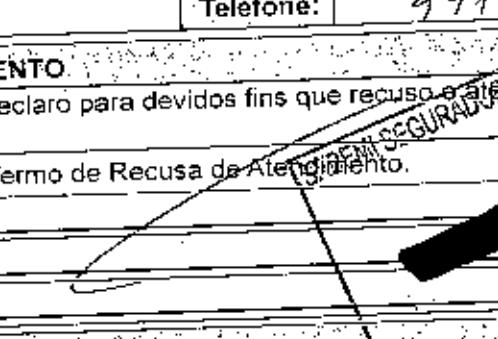
CIDADE: BV

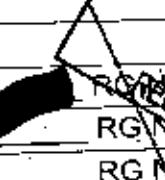
Telefone: 99167 3413

3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso o atendimento da equipe de resgate e/ou ser transportado para avaliação médica.

O paciente/vítima recusou assinar o Termo de Recusa de Atendimento.

Assinatura do paciente/vítima: 

Testemunha: 

Testemunha: 

4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Acima de 5 anos)

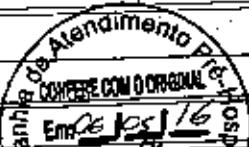
Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motoria	Total
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. À dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado <input type="checkbox"/> 4. Confuso <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2. Sons incompl./Gemidos <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais <input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. Reage a dor <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticacão) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebracão) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	15 Pontos

5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Abaixo de 5 anos)

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motoria	Total
<input type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. À dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 5. Palavras/ sorriso/ Olhar acompanha <input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado <input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente <input type="checkbox"/> 2. Agitação <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros <input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. sente dor, mas não retira <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticacão) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebracão) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	Pontos

6. SINAIS VITAIS

PA: FR: FC: SpO2: Temperatura:



7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

ALERGIA: NÃO SIM - QUAL (is):

USO DE MEDICAMENTOS: NÃO SIM - QUAIS:

Kelly Douglas

2016/10/24

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

00:00:00

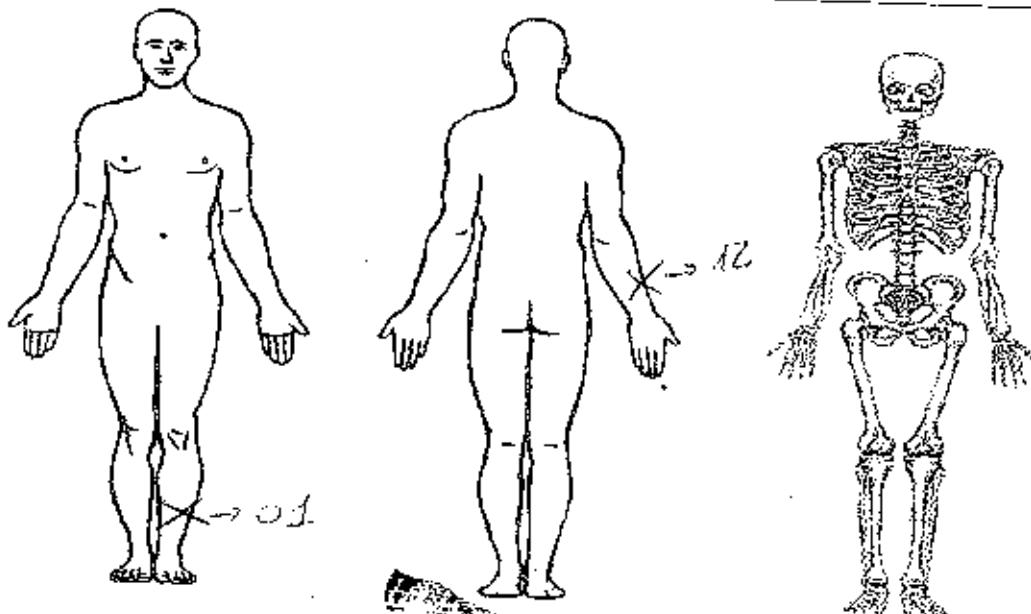
00:00:00

00:00:

9. ORIGEM DO TRAUMA

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Suicídio/tentativa | <input type="checkbox"/> Queimadura - Química | <input type="checkbox"/> Vit. de envenenamento. |
| <input type="checkbox"/> Acidente aéreo | <input type="checkbox"/> Ferimento arma branca | <input type="checkbox"/> Queimadura - Térmica | <input type="checkbox"/> Vit. de intoxicação |
| <input type="checkbox"/> Queda - plano elevado | <input type="checkbox"/> Ferimento arma de fogo | <input type="checkbox"/> Acid. com eletricidade | <input type="checkbox"/> Ataque animal |
| <input type="checkbox"/> Queda - própria altura | <input type="checkbox"/> Ferimento penetrante/perf. | <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Acid. animais peçonhentos |
| <input type="checkbox"/> Agressão física | <input type="checkbox"/> Ferimento Avulsão/amput. | <input type="checkbox"/> OVACE | <input type="checkbox"/> Emerg. produtos perigosos |
| <input type="checkbox"/> Agressão sexual | <input type="checkbox"/> Ferimento Esmagamento | <input type="checkbox"/> Vit. de soterramento | <input type="checkbox"/> Outros: |

10. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS



legenda:

- 01 - Fratura
- 02 - Luxação
- 03 - Entorse
- 04 - Ferimento Incisivo
- 05 - Ferimento Lacerante
- 06 - Ferimento Corte-contuso
- 07 - Ferimento perfurante
- 08 - Ferimento penetrante
- 09 - Amputação
- 10 - Avulsão
- 11 - Contusão
- 12 - Escoriações
- 13 - Queimaduras

11. HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRE-HOSPITALAR

VÍTIMA CONSCIENTE, com Fratura exposta na TIBIA esquerda
É FERIDA A IMMOBILIZADA DA CERVICAL E DA FRATURA. DENTRO DA
SÍNOS DOS FERIMENTOS E REMOVIDA AO PS PARA AVALIAÇÃO MÉDICA
DE VALORADA.

12. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL

- | | | | | |
|---|---|-----|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Carteira de identidade | <input type="checkbox"/> Cartão magnético | Und | <input type="checkbox"/> Capacete | <input type="checkbox"/> Outros: |
| <input type="checkbox"/> CNH | <input type="checkbox"/> Cheque | | <input type="checkbox"/> Calçado | |
| <input type="checkbox"/> CPF | <input type="checkbox"/> Dinheiro | R\$ | <input type="checkbox"/> Óculos | |
| <input type="checkbox"/> Título de eleitor | <input type="checkbox"/> Jóias | | <input type="checkbox"/> Relógio | |

Aos cuidados de:

13. UNIDADE DE SAÚDE

- P.S. Francisco Elesbão Hosp. da Criança Santo Antônio
 P.A. Airton Rocha Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré Outro:
 Policlínica Cosme e Silva Hosp. Unimed



14. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

- Crítico Instável Estável

15. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

- | | | | |
|------------------|-----------------|------------------|---------------------------------|
| Chefe de equipe: | Socorrista (s): | Condutor da VTR: | Responável pelo encaminhamento: |
| Grf. MACEDO | SD JUWY | SD SILVEIRA | Machado |

16. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE

- | | |
|------------------------------------|----------------|
| Assinatura: | CRM/CREB/CRON: |
| Documento de identidade: | CRM/CREB/CRON: |
| Registro do Conselho (CRM, COREN): | CRM/CREB/CRON: |



Seguradora Líder DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



00144

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURODA

Preenchido automaticamente

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Eu, Terly de Araújo Costa, PORTADOR(A) DO RG N° 77399, EXPEDIDO POR SSP/RR EM 03/03/10 e CPF 201169938100 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO autônoma E RENDA MENSAL DE R\$0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Terly de A. Costa, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a obter cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve constar, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou UICL;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorida, exceto no final, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão multíplo com informação do código de segurante.

GARANTIA SEGURODA

RECIBIDO

13693-0

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 3205 Nº da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM SANTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAT)

Nº do BANCO 104 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 3205 Nº da CONTA (com dígito, se existir)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E SOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

17 JAN 2017

RECEBIDO

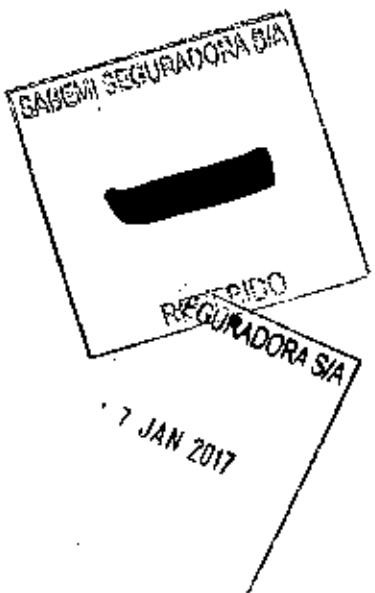
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

LICENCIAMENTO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente em cada caso), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade dos sequelas e de acordo com a legislação prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para iniciar o processo licenciado da petição de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-2221244.



PMRR - BPM**RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Documentação de demanda

SÉRIE J

Nº 804511

Vlr 55-6	SUCP CIPTUR	Data 24-03-16	St/Sector	H/Transar 23:40	H/Ini 23:40	CH/H	H/Hr 00:36
Cód. Oc. 1004	Cód. Prov. 13009/13999	Cód. Set. Prest. -X-X-X-X-X-X-	Km/Ial. 39.361	Km/Fin. 39.373			

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Av./Rua: Avenida Brilho do Sol Bairro: Bela Vista Refer.: Geiza Bar.

PESSOAS RELACIONADAS

1 - Conduzido Nome: Fernando Patrick Sousa Santos Idade: 19 E. Civil: Solteiro
 Endereço: Rua Rio Amazonas, 150, Bela Vista
 Edt. R.G. 7575236 CNH Profissão: Estudante

2 - Vítima Nome: Terli de Araujo Costa Idade: 52 E. Civil: Casada
 Endereço: Rua Rio Amazonas, 1342, Bela Vista
 Edt. R.G. XXXXXXXXXXXXXXXXX CNH Profissão: Do Lar

3 - Relacionado Nome: Italiani dos Santos Aguiar Idade: E. Civil:
 Endereço: Edt. R.G. 6369784 SSP/PA CNH Profissão:

4 - Nome: Endereço: Edt. R.G. CNH Profissão:

Armas, objetos, valores, materiais, apreendidos

Objetos do item 01: RG Nº7575236

CONFERE **EM 11/04/2016**

RG 6369784-SP/PA

Sandow Alves Queiroz - 531 FPA

RG 6369784-SP/PA

AVARIAS RELACIONADAS PELA PERICIA

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S):

ASSINATURA: *Boimel* CARGO: ACPC LOCAL: CF
 HISTÓRICO

Senhor Delegado do 5º DP, acionado via CIOpS para atender uma ocorrência de Atropelamento no endereço acima citado:

Veículo do item 01 HONDA CG AZUL NAR 6480

Segundo o item 01 trafegava na Avenida Brilho do Sol sentido Bela Vista quando em frente ao estabelecimento Geiza Bar o item 02 foi atravessar a Avenida, porém, segundo o item 01 o item 02 ficou na dúvida se iria passar ou não na referida Avenida e o item 01 não teve como evitar o Acidente.

Segundo o item 02 foi atravessar a Avenida Brilho do Sol quando foi atropelada pelo item 01.

O item 02 foi conduzida ao Pronto Socorro Estadual pelo SAMU com escoriações pelo corpo.

O item 01 apresenta escoriações na braço direito e mão esquerda devido o acidente de trânsito.

A perícia foi acionada no local. O item 01 não possui CNH e foi notificado conforme auto de infração feito pela guarnição do SMTRAM. O veículo do item 01 foi entregue ao item 03.

Apresento o item 01 para as providências cabíveis.

Segundo o item 01 havia um indivíduo no local que estava ameaçando ele e que iria mata-lo devido ao acidentado o item 02.

Aguiar
Aquinio

40.375-0

1.0

2º SGT/PM

Posto/Graduação

HISTÓRICO

CIPTUR

RECEBIDO

SACEM SEGURADORA S/A
10/04/2016

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRENCIA



BOLETIM DE OCORRENCIA N° 1333 /2016 - Boa Vista-RR, em 06/06/2016.

COMUNICANTE: RUTH SHEILA ARAUJO DA SILVA

RG: 357046-0 O. EXP.: SESP - RR CPF.: 015.530.692-85

ENDEREÇO: RUA: RIO AMAZONAS N°:1342

BAIRRO: JARDIM BELA VISTA

SEXO: FEMININO PROFISSÃO: DO LAR

NATURALIDADE: BOA VISTA

CIDADE: BOA VISTA

DATA DE NASCIMENTO: 29/10/1990 IDADE: 25

ESTADO: RORAIMA

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA TELEFONE: (95) 99162-2623 / 99171-5709

GRAU DE INSTRUÇÃO: ENS. MED. COM

NOME DO PAI: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Nº REGAN: 2017 CNH: NÃO POSSUI

NOME DA MÃE: TERLY DE ARAÚJO COSTA

RECEBIDO

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 23:30 do dia 24/03/2016, na Av: Brilho do Sol, Bairro Bela Vista, Município: Boa Vista - RR, aconteceu o seguinte fato:

A comunicante acima mencionada informa que sua mãe a SR^a TERLY DE ARAÚJO COSTA portadora do RG: 77394 e inscrita no CPF N°: 201.169.932-00 estava trafegando a pé pela avenida acima citada quando ao tentar atravessar a mesma foi atropelada pela motocicleta HONDA - CG DE COR AZUL E PLACA: NAR - 6480 que era conduzido pelo SR^r Fernando Patrick Sousa Santos, informa ainda que a PM - Polícia Militar esteve no local do fato e que sua mãe foi socorrida e levada ao PSE - HGR pela equipe do RESGATE. é o que tem a relatar.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: (Código 14.999) - APOIO SERVIÇOS DIVERSOS.
OBSERVAÇÃO: REGISTRO EXCLUSIVO PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

Ruth Sheila Araujo da Silva

Comunicante

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

SABEM/SEGURADORA S/A

RECEBIDO

DE ORDEN DO DELEGADO
RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA

18/05/16

DAT Ruth
Conferente / Recebedor

DOCUMENTOS ANEXOS

- RG E CPF
- CNH
- CRLV
- PRONTUÁRIO MEDICO

- ROP/PM OU BATERIA
- FICHA DO SAMU OU RESGATE
- COMPROVANTE DE ENDEREÇO

18 MAIO 2016

ACCENTE DE POLICIA