

# 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: 000000004693-0

---

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 (tíbia 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 - Órgão 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 apresenta deficit morfofuncional 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.



Dra. Regina Rebouças  
Médica  
CRM/RR 1032

---

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

Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2017

Carta nº: 11467425

A/C: TERLY DE ARAUJO COSTA

Sinistro: 3170046500 ASL-0024903/17  
Vítima: 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



CARTA DE SOLICITAÇÃO NOVA PERÍCIA MÉDICA

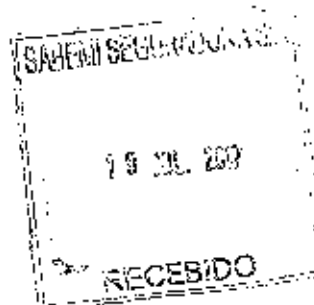


EU, Tertly de Araújo Costa PORTADOR(A) DO  
R.G. 77394 E CPF 201.169.932-00 RESIDENTE NA  
RUA/AV: Rio Amazonas  
Nº 1342 BAIRRO CENTRO Jardim B. Vista  
CIDADE Boa Vista UF: RR  
TELEFONE: 695199117-5392

VENHO ATRAVÉS DESTA, SOLICITAR NOVA PERÍCIA MÉDICA PARA O  
PROCESSO DE Nº \_\_\_\_\_

BOA VISTA, 12 DE Julho DE 2017

Tertly de Araújo Costa  
ASSINATURA

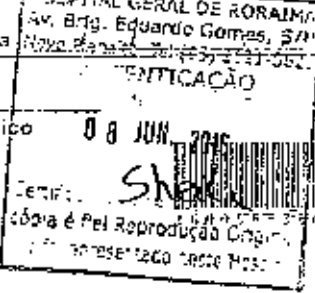
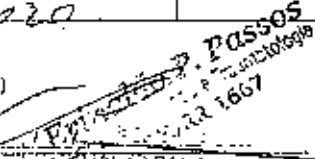
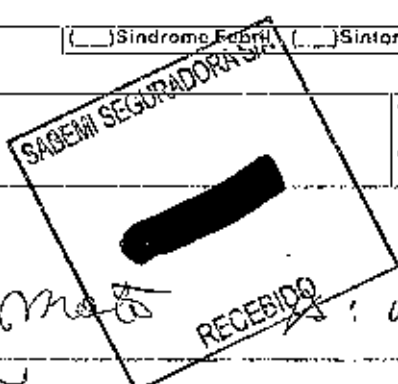


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



... Registro Civil - RORAIMA 44512

1600533381	24/03/2016 00:05:53	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-07		1
Paciente <b>TERLY DE ARAUJO COSTA</b>		Data Nascimento <b>10/03/1963</b>		Idade <b>53 A O M E D</b>		CNS		CPF
Tipo Doc Documento		Código Emissor		Data Emissão		Sexo Estado Civil		Naturalidade
IDENTIDADE				F		Raca/Cor <b>PARDA</b>		<b>BOA VISTA - RR</b>
Mãe		Pai						Contato
<b>MARIA MERCEDES DE ALBUQUERQUE</b>								<b>(95) 99138-8303</b>
Endereço								Ocupação
<b>RUA - RIO AMAZONAS - 1342 - BELA VISTA - BOA VISTA - RR</b>								
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização
		<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>						Sis. Principal
Motivo de Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.
<b>ATROPELAMENTO</b>		<b>URGÊNCIA</b>						Peso
Solar		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Pressão
<b>GRANDE TRAUMA</b>		<b>SAMU CAPITAL</b>						Registrado por:
								<b>ALEXSANDRO PEREIRA</b>
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue
Anamnese de Enfermagem						GSC		TOTAL
						AO: 1234 RV: 12345 MIRV: 123456		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____h)								
Exame Físico								
Hipótese Diagnóstica								
SAAT - Exames Complementares								
<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X		<input type="checkbox"/> ULTRA-SOM		<input type="checkbox"/> TC		<input type="checkbox"/> SANGUE		<input type="checkbox"/> URINA
						<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> OUTROS
PRESCRIÇÃO						AMBIENTE		OBSERVAÇÃO
Prescrição						RECEBIDO		
Conduta								
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica		<input type="checkbox"/> Alta a Pedido		<input type="checkbox"/> Alta a Revelia		<input type="checkbox"/> Transferência para:		
óbito								
Antes do 1º Atendimento?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família		<input type="checkbox"/> Ambulatório		
						<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)		
						<input type="checkbox"/> Internação		
						Data e Hora da Solicitação		
Assinatura do Paciente ou Responsável								
Impresso por: alexsandro.pereira								
Data Hora: 24/03/2016 00:05:31								









BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 17/03/16

O.S. 65

Terty. Le. Araújo. Costa

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura exposta da Tíbia

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Trat. cirúrgico de fratura exp. + fix. externa. Tíbia

TIPO DE INTERVENÇÃO:

cirurgia

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

D. magna

CIRURGIÃO:

Dr. F. F. F. F.

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO: 17 JAN 2017

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DDD sob plano de fratura exposta
- 2) Assépsia + Antissepsia + Campos estéril
- 3) MC. Exatidão com tel. de S.T.
- 4) Percebe-se fraturas e pontos ósseos
- 5) Colocação de fix. externa na Tíbia
- 6) RX controle, resultado melhor p/ momento
- 7) Levantamento
- 8) Sutura da pele
- 9) curativo
- 10) Ao RPA

SABEMI SEGURADORA S/A

SABEMI SEGURADORA S/A

RECEBIDO

RECEBIDO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto Tel (95) 2121-0623  
AUTENTICAÇÃO  
08 JUN. 2016  
- Sheila  
Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia é fiel reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Participativa dos Roraimenses"

# FICHA DE ANESTESIA

*Emergência / Ortopedia*  
*Tony de Araújo Costa 22/530mm*  
*to have*  
*Nº 100116*  
*24/03/16*

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - VIA - EFEITO			
AGENTES	Nº	20	45
VELOCIDADE	20	45	20
DA	240	220	200
ULSO	18	165	150
ANES	32	140	120
OP	30	100	80
YCHP	100	80	60
ASPIR	20	10	5
RESP	20	10	5
Export	20	10	5
Assist	20	10	5
Contro	20	10	5

SABEM SÉC. RORAIMA  
RECEBIDO

SABEM SÉC. RORAIMA  
17 JAN 2016  
RECEBIDO

SÍMBOLOS	ADJETOS	USOS - TÉCNICA	NOTAÇÕES
B	Adjetivo	Adjetivo	Adjetivo
C	Adjetivo	Adjetivo	Adjetivo
D	Adjetivo	Adjetivo	Adjetivo
E	Adjetivo	Adjetivo	Adjetivo
F	Adjetivo	Adjetivo	Adjetivo
G	Adjetivo	Adjetivo	Adjetivo
QUADRO	QUADRO	QUADRO	QUADRO
RODO	RODO	RODO	RODO
SANGUE	SANGUE	SANGUE	SANGUE
TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL
OPERAÇÃO	OPERAÇÃO	OPERAÇÃO	OPERAÇÃO
ANESTESIA	ANESTESIA	ANESTESIA	ANESTESIA
CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO
PERDA SANGÜÍNEA	PERDA SANGÜÍNEA	PERDA SANGÜÍNEA	PERDA SANGÜÍNEA

DR. EDINO ALAMANO DE A. SOARES  
ANESTESIOLOGIA  
CRM 822/RR

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ANESTESIA  
24/03/16  
08 JUN. 2016  
Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia é fiel Reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	53 anos	APTº DO LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Tenly de Araújo Costa				24/08/16
CIRURGIA				
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO		
Tipo cirurgico Fract. exposta da tíbia + fixação		INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL
		1:48	2:35	
EQUIPE MÉDICA Externa HDE				
CIRURGIÃO		ANESTESISTA		
Dr. Erinaldo		Dr. Edino de Reginio		
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		
R. Dr. Erinaldo		A. de Jesus		
2º AUXILIAR		CIRCULANTE		
		Lizomar, Martha, Wilmar, Leo		

TIPO DE ANESTESIA		ROBSON		TEMPO DE DURAÇÃO	
Daque				Lama	
QUANT	MATERIAIS	VALOR	QUANTIO	MEDICAMENTOS	VALOR
1	CATGUT SIMPLES Nº		1	HORAS DE OXIGÊNIO	
1	CATGUT SIMPLES Nº		1	FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc	Sociedade
1	CATGUT SIMPLES Nº		1	FRASCO SORO	R. L. de Jesus
1	CATGUT Nº		1	FRASCO SORO GLICOSADO %cc	
1	CATGUT CROMADO Nº		1	FRASCO SORO GLICOSA	
1	CATGUT CROMADO Nº		1	XILOCAINA	De Jesus
1	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO		1	FLAXEDIL	
1	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO		1	FLUOTHANE	
1	FIOS DE SEDA Nº		1	PEITRANE	
1	FIOS DE ALGODÃO Nº		1	ENTRANE	
1	MONONYLON COM AGULHA 3.0		1	LES. Maad	
1	MONONYLON SEM AGULHA		1	ATROPIA algodão	
1	UNIDADES DE GAZE 100		1	PROSTAGMINE	
1	PARES DE LUVAS Nº 8.0		1	THIENESUTA Eli	
1	EQUIPOS PARA SORO		1	MARCAINA	
1	ROLOS DE ESPARADRAPO 2cm		1	INHAICateter	
1	DRENOS Nº		1	GLICOSE %	
1	SONDAS Nº		1	ÁGUA OXIGENADA	
1	AGULHAS		1	MERTHIOLATE	
1	COMPRESSAS c/3		1	MERCÚRIO CROMO	
1	LÂMINAS PARA BISTURI 20		1		
SOMA					

SABEMI SEGURADORA S/A  
17 JAN 2017  
RECEBIDO

SABEMI SEGURADORA S/A  
RECEBIDO

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS	
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE
	Semone
ENFERMEIRO(A) RESPONSÁVEL	
	Dame

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA  
Av. Nelson Faria Travassos, 551 - CEP 02058-000  
Tel: 55(11)29434000 - FAX 55(11)29488000  
Brasil - Site: www.ortosintese.com.br

Ref.: 4747/02 Lote: S14251

FIXADOR LAY FIX OF BARRA 300x100  
FIXADOR EXTERNO LAY  
FIXADOR EXTERNO  
Registro ANVISA Nº 10233710095  
R. LAYRO

12/02/2015 12/02/2015

08 JUN. 2016  
Steel

CEC  
a é a Reprodução Original  
Fale conosco: 0800 700 1111

399144 314776

European Audit  
1023 Brussels, BELGIUM  
Tel: +32(0) 22 39 59 54 Fax: +32(0) 22 39 59 55 e-mail: info@european-audit.com  
Prod. Técnica: CEFLOS M H - RAVARICA/CEH 050-0208/13



NOME: Terly ~~de~~ Henrique Costa

[illegible]

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Terley de Araújo Costa  
Cirurgião Responsável Dr. Emanoel

**ENTRADA DA EQUIPE DE ANESTESIA**

☒ PACIENTE CONFIRMOU

- ☐ Identidade
- ☐ Sítio Cirúrgico
- ☐ Procedimento
- ☐ Consentimento

☐ RISCO CIRÚRGICO

- ☐ Aplica
- ☐ Não se Aplica

☐ SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA

☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☐ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☐ Não ☐ Sim

VIA AÉREA DISCUTIR 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

Data   /  /   Assinatura e Carimbo    Hora:   

ANTES DA INCISÃO

Anestesiologista

**PAUSA CIRÚRGICA**

☒ 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 sangüínea 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 50 MINUTOS.

☐ Sim  
☐ Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☐ Sim  
☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SER OPERADO

RECEBIDO

**SALDA - EQUIPE DE ENFERMAGEM**

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA COM UNIFORME VERBALMENTE COM A EQUIPE

☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

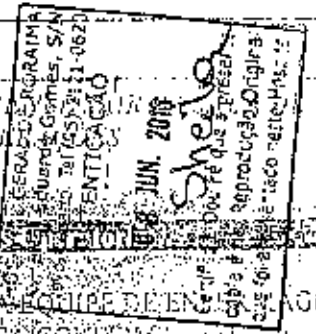
☐ SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)

☐ COMO A AMOSTRA 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 ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

Assinatura e Carimbo   



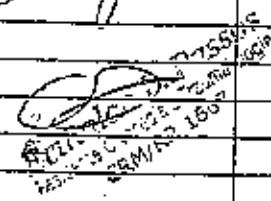
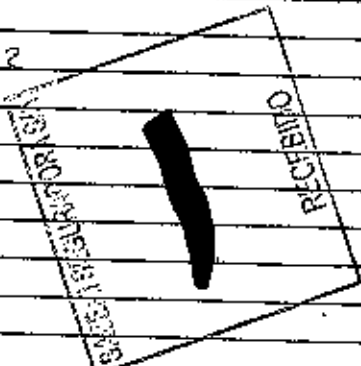
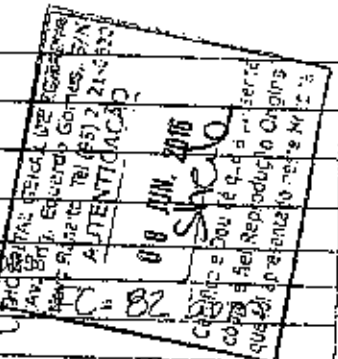
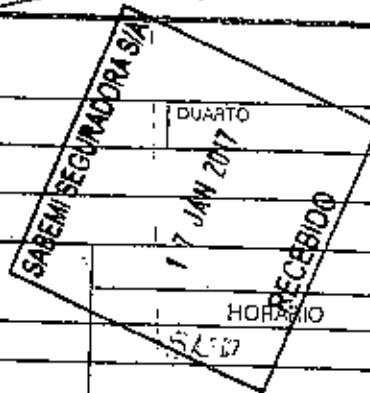


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ORTOP. 018

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE/SETOR:	QUARTO	LEITO	Nº DO REGISTRO
NOME DO PACIENTE: <i>Ferly de Araújo Costa</i>			
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS			
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORARIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
<i>21/03/16</i>	<i>(1) Diet. Livre.</i>		
	<i>(2) SF 0.9% 1000ml (BV) / 24hs.</i>		<i>18:00 PA = 104/54 mmHg</i>
	<i>(3) Cefotaxim 50 (BV) 66h.</i>	<i>18:00 - 18:30</i>	<i>23:00</i>
	<i>(4) Tylenol 400mg (BV) 12/12h.</i>	<i>18:00 - 18:30</i>	<i>PA = 104 x 52</i>
	<i>(5) Dipirona 500mg (BV) 6/6h. (SUSO)</i>	<i>18:00 - 18:30</i>	<i>EC = 80</i>
	<i>(6) Ranitidina 150mg (BV) 8/8h.</i>	<i>18:00 - 18:30</i>	
	<i>(7) Transol 100mg + SF 0.9% 1000ml (BV) 8/8h.</i>	<i>18:00 - 18:30</i>	
	<i>(8) Curativo diário.</i>	<i>Rolim</i>	
	<i>(9) Sinais vitais + Curativos 8/8h.</i>		
	<i>Procedimento de Curativos</i>		
	<i>Sinais vitais</i>		
	<i>Vascular</i>		



Refer: Amputação com dipirona  
 108-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Leidy de Araújo

LEITO: 25  
 DATA: 25/3/16

DIAGNÓSTICO:

ITEM	DESCRIÇÃO	HORARIO																													
1	Dieta oral livre	SND																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	<del>12 - 24</del>																													
3	Cefalotina 1g lamp + AD (EV) 6/6h	<del>12 - 18 - 24 - 06</del>																													
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20ml de 12/12h	<del>10 - 22</del>																													
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	<del>06</del>																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N																													
7	<del>Dipirona 500mg/ml - 2ml EV 6/6h</del> SUP	<del>12 - 18 - 24 - 06</del>																													
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	<del>14 - 22 - 06</del>																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS $\geq$ 160 e/ou PAD $\geq$ 100 mmHg	S/N																													
10	Glicemia capilar ( ). Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																													
<table><tr><th>GLICEMIA</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr><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>&gt; 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>&lt; 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr></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><tr><th></th><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr><tr><td>12:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td></td><td></td></tr></table>		GLICEMIA	I.R.	12:00			18:00			24:00			06:00		
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	I.R.																													
12:00																															
18:00																															
24:00																															
06:00																															
11	Curativo diário 1x ao dia																														
12	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h																														
13	Paracetamol 500mg VO 6/6h	12 - 18 - 24 - 06																													
14	Mefenidol 500mg EV 8/8h	14 - 22 - 06																													
15	Amoxicilina 240mg EV 12/12h																														
16																															

Evolução Médica:

Av. Bloco 2 Vago.

Dr. Erasmo Bruno Rodrigues Coelho  
 Médico Ortopedista e Traumatologista  
 CRM 1752

SINAIS VITAIS			
	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (v.p.m.)
12:00	105/79	79	
18:00	100/80	80	
24:00	120/80	77	
06:00	110/80	75	

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
 Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
 Novo Distrito - Tel (95) 2121-9520  
 1. AUTENTICAÇÃO  
 8 JUN 2016  
 Certificado e cópia que a Presença  
 original é fiel reprodução original  
 que foi apresentado neste Hospital

BLOCO A 108.1





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



DATA DE ADMISSÃO		24/03/2018	DIH	4	DN	18/03/1963
PACIENTE	TERLY DE ARAUJO COSTA					
DIAGNOSTICO	FX EXPOSTA DE TIBIA E					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	53	LEITO	108-1	DATA	27/03/2016	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SND
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					Suspensão
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					SU
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SU
9	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA					26 A
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H					SU
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SU
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SU
13	SSVV + CCGG 6/6 HS					noturna
14	GENTAMICINA 240MG, IV, 1X/DIA					26 B
15	CLINDAMICINA 600MG, IV, 8/8HS					26 B
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 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

SABEMI SEGURADORA S/A  
17 JAN 2017  
RECEBIDO  
RECEBIDO

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# SOLICITADO:  
# CONDUTA:  
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
08H	110/70	70		36,1
12H	110/70	70		
18H	110/70	70		
22H	110/70	78		36,8

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Flandim - Tel (95) 2121-0623  
AUTENTICAÇÃO  
08 JUN. 2016  
Certifico e dou fe que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital



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				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE.				S/N
2	SF 0,9 % 1000 ML EV EM 24 HS LENTO				SUSP
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H				
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA				
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				
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
9	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA				
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHg				
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
13	SSVV + COGO 8/8 HS				
14	GENTAMICINA 240MG, IV, 1X/DIA (D/3)				
15	CLINDAMICINA 600MG, IV, 8/8HS (D/3)				
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				

SABEMI SEGURADORA S/A  
17 JAN 2017

RECEBIDO

SABEMI SEGURADORA S/A  
RECEBIDO

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
II EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
II SOLICITADO:  
II CONDUTA:

II PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

II PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
5H	110/80	70	—	36,1°C
12 H	100x70	68	—	35,9°C
18 H	106/83	75	—	
22 H	112/88	75	—	

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto - Tel (65) 2121-0520  
AUTENTICAÇÃO  
08 JUN. 2016  
Shela  
Certifico e Dot. Fé que a presente  
cópia é fiel reprodução original  
que foi apresentado neste Hospital



Acompanhamento das Feridas  
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data de Elaboração:  
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

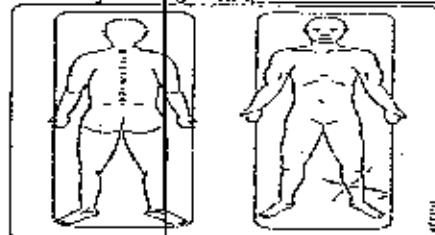
ENF/LEITO:

103 /

Nome: Jenly maia Costa

DATA: 28.03.16

Localização / Região



☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética  
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento: \_\_\_\_\_ cm Largura: \_\_\_\_\_ cm  
Profundidade: \_\_\_\_\_ cm

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com escasseio  
☒ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco  
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento  
☒ Purulento ☒ Serosossanguíneo

Dor:

☒ Sim na coxa ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito  
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele  
Periférica:

☐ Normal ☒ Macerada ☐ seca ☐ Erilema / Rubor  
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%  
☒ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária  
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase  
☐ Fibrinase ☐ Lufadiazina de Prata  
☒ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:  
Em caso de + de 24hs

29-03-16

Carimbo e ass.

01- José Carne

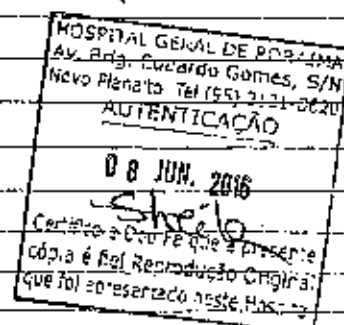
02- Cláudia


Carimbo e Assinatura  
do Enfermeiro

OBS:



OBS:

Obs: Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.  
Os pontos com 92 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.





**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA**  
**SERVICO 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 TÍBIA E						
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE	53	LEITO	108-1	DATA	26/03/2016		

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE.	3x/d.
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	
5	TENOXCAM 10 MG EV 01 X DIA	1x
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	3x
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	3x
9	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA	2x
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	3x
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	3x
13	SSVV + CCGG 6/6 HS	
14	GENTAMICINA 240MG, IV, 1X/DIA	
15	CLINDAMICINA 600MG, IV, 8/8HS	
16		
17		
18		
19		
20	<b>SE DIABÉTICO</b> 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 50-70 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

**SABEM/SEGURADORA**  
17 JAN 2017

**RECEBIDO**  
**SABEM/SEGURADORA**

**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

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	133/86	75		36,2°
12 H	113/71	85		36,2°
18 H	153/86	90		37,5°
24 H	134/82	91		36,1°

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

**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Nova Fátima Tel (95) 2121-0620  
**AUTENTICAÇÃO**  
**08 JUN. 2016**  
*Sheila*  
Cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital



GOV. DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: \_\_\_\_\_  
NOME: Taaly de Anzoletti Costa  
IDADE: 53 REGISTRO: \_\_\_\_\_  
BLOCO: A ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: 108.1  
UTI: \_\_\_\_\_ EMERGÊNCIA: \_\_\_\_\_

DE: Doravária PARA: Amnionotomia

Dados Clínicos:  
Rino limbo  
  
28/03/16  
Data

SABEMI SEGURADORA S/A  
17 JAN 2017  
REC  
Dr. Elder Soares  
Residente de Ortopedia  
e Traumatologia  
CRM-RR 1828

Médico Sabemi Seguradora S/A

Rino afuso  
53 anos  
urgente  
Outgacha  
Urg. problemas cardiovasculares  
Ex. físico: PA: 120  
Ar: 80, 20, 30  
A prop. Qf  
ECG. Nor  
PC Cane I Goldman  
28,03,16  
Data

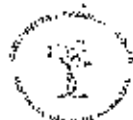
GOV. DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
Dr. Elder Soares  
Residente de Ortopedia  
e Traumatologia  
CRM-RR 1828  
8 JUL 2016  
Cópia e Dou re que a primeira  
cópia é feita reprodução original  
que foi apresentado: este documento  
AUTENTICAÇÃO

Dr. Elder Soares  
CRM-RR 1828  
Médico



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

RGRE



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

24/03/2016

DIH

S

DN

18/03/1963

PACIENTE TERLY DE ARAUJO COSTA

DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA DE TÍBIA E

ALERGIAS NEGA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE 53

LEITO

108-1

DATA

29/03/2016

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE.

2 SF 0,9 % 1000 ML EV EM 24 HS LENTO

3 CEFAZOLINA 1G EV 8/8H

4 SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H

5 TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA

6 DÍPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h S/N

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)

9 OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA

10 SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD 120 MMHG

12 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

13 SSVV + CCGS 6/8 HS

14 GENTAMICINA 240MG, IV, 1X/DIA (D/3)

15 CLINDAMICINA 600MG, IV, 8/8HS (D/3)

16 PARACETOL 500MG 4X/DIA

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 > 300

40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

SABEMI SEGURADORA S/A

17 JAN 2016

RECEBI

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

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

08 JUN. 2016

Shwede

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

SINAIS VITAIS

PA

FC

FR

TEMP

6 H

110X70

64

12 H

100X60

63

18 H

110X70

67

24 H

110X70




67

36°C

Dr. Elder Soares

CRM/RR 1828

Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTÓPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		24/03/2016	DIH	8	DN 18/03/1963
PACIENTE	TERLY DE ARAUJO COSTA				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE TÍBIA E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	53	LEITO	108-1	DATA	31/03/2016
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE.				SNV
2	SF 0,9 % 500 ML EV EM 24 HS LENTO				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				SUSP.
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				75N
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
9	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA				06
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H				18 06
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 mmHg				SNV
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
13	SSVV + CCG 6/6 HS				ROTINA
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 (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:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES					
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCÓRICO, EUDISTADO					
# SOLICITADO:					
# CONDUTA:					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
<div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>RECEBIDO</b>  <b>17 JAN 2017</b>  <b>RECEBIDO</b> </div> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>RECEBIDO</b>  <b>08 JUN 2016</b>  <b>Shiele</b> </div>					
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					



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

585

PACIENTE ITALY DE ANAJO COSTA 53 ANO  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21 / 03 / 16 CC  
DIAGNÓSTICO DE FRATURA exposta de tíbia esquerda

NO DIA 23 / 03 / 16 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
Tratamento cirúrgico de fratura exposta de tíbia esquerda SEM

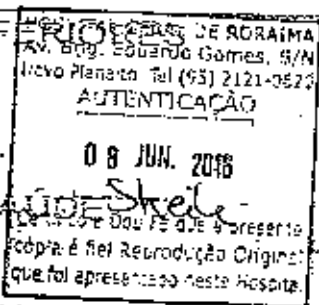
OPERADO PELO DR. ELDEY SOARES E DR.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 31 / 03 / 16 EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL  
DORONEL MOTA NO DIA 07 / 04 / 16 ÀS 07 HORAS COM

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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



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

Monica Anjo



BRASIL

Acesso à Informação Barra GovBr

(HTTP://BRASIL.GOV.BR)



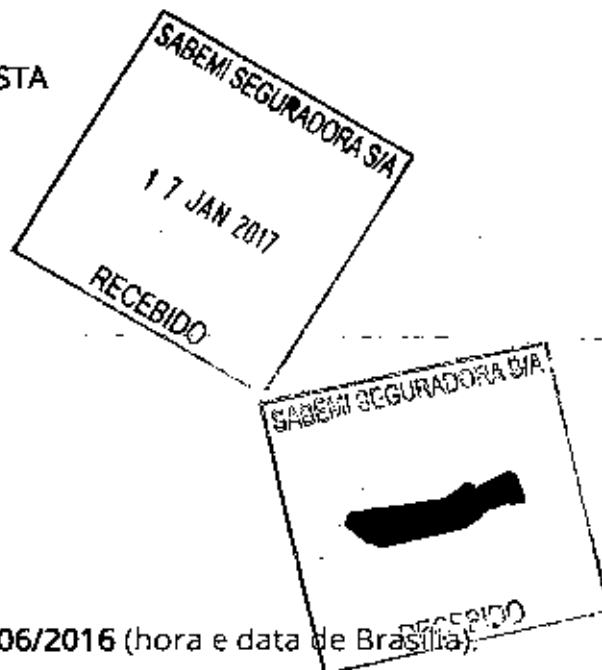
Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

## Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **201.169.932-00**Nome da Pessoa Física: **TERLY DE ARAUJO COSTA**Data de Nascimento: **18/03/1963**Situação Cadastral: **REGULAR**Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**Digito 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).

(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp>)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE SEGURANÇA  
NACIONAL  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL



Tal: de Amaro Costa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Tal: de Amaro Costa

IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR  
NOME COMPLETO: TAL: DE AMARO COSTA  
NOME SOBRENOME: AMARO COSTA  
DATA NASCIMENTO: 10/11/1945  
SEXO: M  
ESTADO CIVIL: CASADO  
ENDEREÇO: RUA 15, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000

7.116 DE 28.00.83

RECEBIMOS  
SISTEMA SEGURADORA S/A

1 JAN 2017  
SISTEMA SEGURADORA S/A

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

905314502

Nome: DENISE CORREA DAMAS

CPF: 792.657.252-00 DATA NASCIMENTO: 08/03/1979

RESIDÊNCIA: JOSE DE SOUSA CORREIA  
EVANGELINA LOBATO DA SILVA

APRESENTAÇÃO: 04/03/2011 VALOR: 20/03/2013 DATA DE EMISSÃO: 31/03/2014

ASSINATURA DO PORTADOR: *Denise Correa Damas*

LOCAL: SÃO VICENTE - RIO DE JANEIRO DATA DE EMISSÃO: 23/03/2014

5955454038  
R0207683212

905314502



\*0012\*

Comprovante de residência

SABEMI SEGURADORA S/A

17 JAN 2017

RECEBIDO

# # Ato Declaratório



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



REGISTRO Nº: 0016137  
OCORRÊNCIA: ☒ TRAUMA ☐ CLÍNICO  
CÓDIGO: T-09  
REG. DE REFERÊNCIA:

DATA	VIATURA	ÁREA DE ATUAÇÃO	HORÁRIOS	SAÍDA DA OBM	NO LOCAL	NA UNID. SAÚDE	NA OBM
24/03/16	Rm 14	<input checked="" type="checkbox"/> Leste <input type="checkbox"/> Oeste		23 h 32 min	23 h 42 min	00 h 02 min	00 h 17 min

1. DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA  
ENDEREÇO: Rua BRILHO DO SOL Nº - BAIRRO: BELA VISTA  
CIDADE: BV PONTO DE REFERÊNCIA: SUP. AGAI  
LOCAL DA OCORRÊNCIA: ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA ☐ OUTRO

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA  
NOME: Terilly de Almeida Costa R.G.: -  
D.N.: 18/03/63 IDADE: 53 SEXO: ☐ Masculino ☒ Feminino NECESSIDADES ESPECIAIS: ☐ SIM ☒ NÃO  
ENDEREÇO: Rua Rio Amazonas Nº 1342 BAIRRO: BELA VISTA  
CIDADE: BV Telefone: 99167 5413

3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO  
☐ Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso o atendimento da equipe de resgate e ser transportado para avaliação médica.  
☐ O paciente/vítima recusou assinar o Termo de Recusa de Atendimento.  
Assinatura do paciente/vítima: [assinatura]  
Testemunha: [assinatura]  
Testemunha: [assinatura]

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

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	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 incomp. / 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 (Decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	15 Pontos

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

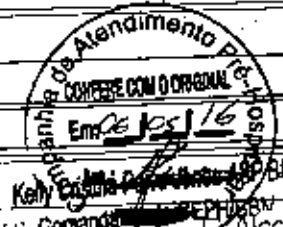
Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
<input type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. À dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 5. Palavras/ sorriso/ Olhar acompanhada <input type="checkbox"/> 4. Choro, mas 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 (Decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) <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:

8. CASOS CLÍNICOS

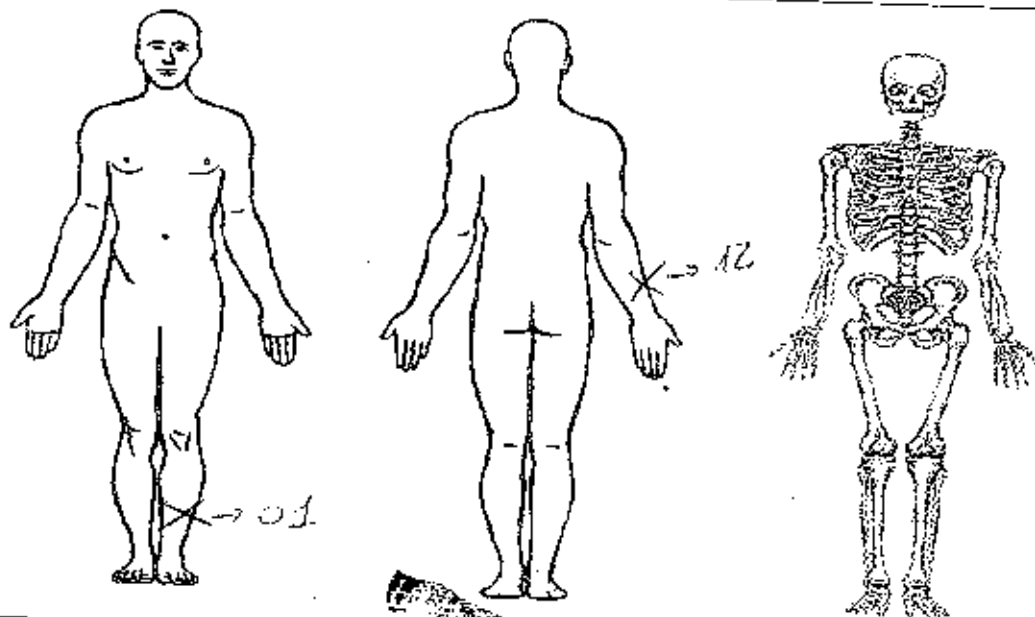
<input type="checkbox"/> Emerg. Cardíaca <input type="checkbox"/> Crise hipertensiva <input type="checkbox"/> Emerg. respiratória <input type="checkbox"/> AVE <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Trabalho de parto <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Suspeita de aborto <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Complicações <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Outros <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal Aguda	<input type="checkbox"/> Choque anafilático <input type="checkbox"/> Crise convulsiva <input type="checkbox"/> Desmaio/síncope <input type="checkbox"/> Doenças infectocontagiosas <input type="checkbox"/> Emerg. Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Remoção inter-hospitalar <input type="checkbox"/> Remoção casa-hospital <input type="checkbox"/> Outros:
--	---	---	--



## 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 Corto-contuso
- 07 - Ferimento perfurante
- 08 - Ferimento penetrante
- 09 - Amputação
- 10 - Avulsão
- 11 - Contusão
- 12 - Escoriações
- 13 - Queimaduras

## 11. HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VÍTIMA CONSCIENTE, COM FRATURA EXPOSTA NA TÍBIA ESQUERDA. EFETUA A IMOBILIZAÇÃO DA CERVICAL E DA FRATURA. DESLOCAÇÃO DOS FERIMENTOS E REPOSIÇÃO AO PS PARA AVALIAÇÃO MÉDICA DETALHADA.

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

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

Aos cuidados de:

RG:

Telefone:

## 13. UNIDADE DE SAÚDE

- |  |   |                                 |
|--|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> P.S. Francisco Elesbão | <input type="checkbox"/> Hosp. da Criança Santo Antonio                 | <input type="checkbox"/> Outro: |
| <input type="checkbox"/> P.A. Ailton Rocha                 | <input type="checkbox"/> Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré |                                 |
| <input type="checkbox"/> Policlínica Cosme e Silva         | <input type="checkbox"/> Hosp. Unimed                                   |                                 |

## 14. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

- |                                  |                                   |   |
|----------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Crítico | <input type="checkbox"/> Instável | <input checked="" type="checkbox"/> Estável |
|----------------------------------|-----------------------------------|---|

## 15. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Chefe de equipe: <u>MAQUADO</u>	Socorrista (s): <u>SD JURY</u>	Condutor da VTR: <u>SD SILVEIRA</u>	Comandante da CEPHBBM: <u>Mocho</u>
------------------------------------	-----------------------------------	--	--

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

Assinatura:  
 Documento de identidade:  
 Registro do Conselho (CRM, COREN):

CRM: 133503





Seguradora Líder DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



\*0014\*

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO Com o código de movimento de INSS

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.

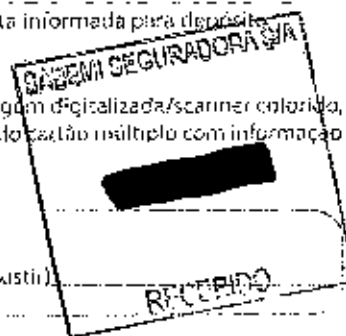
EU, Ferly de Araujo Costa  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 77394 EXPEDIDO POR SSPIRR EM 03/03/10 E  
 CPF 2011069938-00 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO autônoma  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (\*\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Ferly 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 Susesp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, 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 aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- 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 Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (nesse momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento 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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISPVT 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 colorido, excetuando-se por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

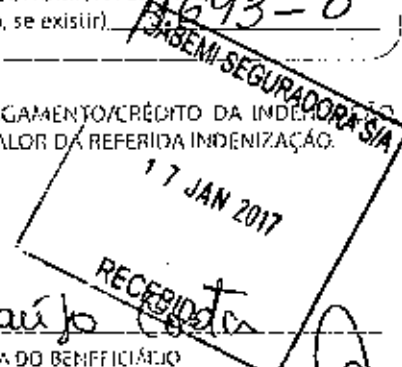
PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3105 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1693-0

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

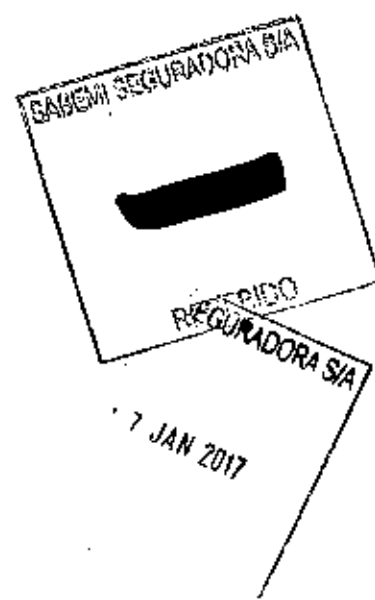
Boa Vista RR 13 de junho  
 LOCAL E DATA

2016 Ferly de Araujo Costa  
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## 1 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 vigor no momento); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-7221244





Documento de Identificação

PMRR - BPM

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº

SERIE J

804511

Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transp	H/Ini	CH/H	H/Fim
55-6	CIPTUR	24-03-16		23:40	23:40		00:36
Cód. Uc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini.	Km/Fim.			
1004	13009/13999	-X-X-X-X-X-	39.361	39.373			

## LOCAL DE OCORRÊNCIA

Av./Rua: Avenida Brilho do Sol Bairro: Bela Vista Refe: 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

Nº

Profissão:

Estudante

2 Vitima Nome: Turli de Araujo Costa

Idade: 52

E. Civil:

Casada

Endereço: Rua Rio Amazonas, 1342, Bela Vista

Edt. R.G. XXXXXXXXXXXXXXXX

CNH

XXXXXXXXXXXX

Profissão:

Do Lar

3 Relacionado Nome: Italian dos Santos Aguiar

Idade:

E. Civil:

Endereço:

Edt. R.G. 6369784 SSP/PA

CNH 0610051107

Profissão:

4 Nome:

Idade:

E. Civil:

Endereço:

Edt. R.G.

CNH

Profissão:

Armas, objetos, valores, materiais, apreendidos

Objetos do item 01: RG Nº7575236

AVARIAS RELACIONADAS PELA PERICIA

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

ASSINATURA

CARGO

LOCAL

## 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 pericia 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 providencias cabíveis.

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

40.375-0

1.2

2º SGT/PM

Posto/Graduação

CIPTUR

RECEBIDO

HISTÓRICO



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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº** 1373 **/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

**Nº:** 1342

**BAIRRO:** JARDIM BELA VISTA

**CIDADE:** BOA VISTA

**SEXO:** FEMININO

**PROFISSÃO:** DO LAR

**NATURALIDADE:** BOA VISTA

**ESTADO:** RORAIMA

**DATA DE NASCIMENTO:** 29/10/1990

**IDADE:** 25

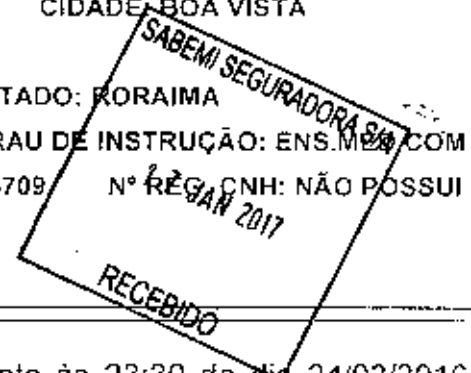
**GRAU DE INSTRUÇÃO:** ENS. MED. COM

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

**Nº REG. CNH:** NÃO POSSUI

**NOME DO PAI:** RAIMUNDO NONATO DA SILVA

**NOME DA MÃE:** TERLY DE ARAÚJO COSTA



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 Srª TERLY DE ARAÚJO COSTA portadora do RG: 77391 e inscrita no CPF Nº: 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 SRº 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.

*x 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-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."



**DE ORDEM DO DELEGADO  
RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA**

**DOCUMENTOS ANEXOS**

- RG E CPF
- CNH
- CRLV
- PRONTUÁRIO MEDICO

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

**QAT**

Conferente / Recebedor

18 MAIO 2016

AGENTE DE POLICIA