

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: 28/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000051946-7

Nr. da Autenticação B83DCED6FD016E8C

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170650301 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 16/08/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EM COTOVELO A DIREITA

Descrição do exame MEMBRO SUPERIOR DIREITO: ALTERAÇÃO ANATÔMICA DECORRENTE DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, LIMITAÇÃO DA
médico pericial: AMPLITUDE DE MOVIMENTO PARA ABDUÇÃO E DEFICIT DA FORÇA MUSCULAR E HIPOTROFIA MUSCULAR LEVE

Resultados terapêuticos: VITIMA SOFREU FRATURA EM COTOVELO A DIREITA, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO POR IMOBILIZAÇÃO GESSADA, POSTERIORMENTE FOI REALIZADO CIRURGIA COM USO DE PARAFUSO E PLACA, TRATAMENTO COMPLEMENTADO COM FISIOTERAPIA. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO PARA ABDUÇÃO E ALTERAÇÃO ANATÔMICA DECORRENTE DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/12/2017

Conduta mantida:

Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU INTENSO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

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 superiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

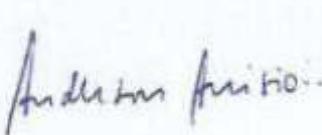
AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

Médico revisor: Anderson Anisio

CRM do médico: 52.25458-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



LAUDO DE VERIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do Examinado(a): ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua General Penha Brasil 826 São Francisco

Identificação - Orgão Emissor /UF/ Número: 001.877.602-76

Data e local do exame: Boa Vista/RR, 26/12/2017

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):

Vitima de acidente de moto com fratura do cotovelo direito. Apresenta alteração anatômica decorrente de consolidação viciosa, sinais de artrose na articulação, diminuição do MSD em consequência da diminuição do arco de extensão do membro e limitação no movimento de abdução e diminuição da força muscular e sinais de hipotrofia muscular leve

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? (X)Sim ()Não

* Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V *), se necessário.

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? (X)Sim ()Não

* Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V*).

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

Vitima fez inicialmente imobilização com tala gessada por quase 30 dias e posterior cirurgia com colocação de parafuso e placa, fez fisioterapia, alta em novembro/2017

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? (X)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 acentuado do MSD decorrente de alteração anatômica e limitação acentuada dos movimentos.

* Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o cano permanente no item IV opções "b"

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 *.

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela): Membro superior D

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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:



Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENMARK

DETRAN - RR

Nº 011387732018

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA		ODO. RENAVAM	902260626944
00925663894		NOME/ENDERECO	
CLAUDIO MIRIS VENANCIO DE LIMA BR 174 -APT CAUAMÉ KM6522 BOA VISTA-RR 69311137			
- CPF/CNPJ		- PLACA	
951.270.511-88		HA04616	
NOME ANTERIOR			
EDUARDO AGUIAR LOPES			
LACRANT/UF		- CHASSI	
		VC23C38707R192739	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
//MOTOCICLETA/NAO APLIC.		GASOLINA	
MARCA/Modelo		ANO FAB.	
HONDA CG 125 FAN		2007	
CAB/POV/AR		ANO MOO.	
012400/		2000	
CATEGORIA		COR PREDOMINANTE	
PARTICU		PRETA	
OBSERVACOES			
RESERVA DE DOMICILIO RUA SAIR ALTO, 100, 1º PAV. TRIBUTARIO			
Local		Data	
BOA VISTA-RR		19/01/2010	

ÁREA DE SHAKTI - P CONTÉNDIDO

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2018

Carta n°: 12193407

A/C: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Nº Sinistro: 3170650301
Vitima: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA
Data do Acidente: 16/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

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: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000051946-7

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 superiores 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





AREA DE S
CONTEN

1

1700823527		16/08/2017 19:09:50	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 4		
Paciente			Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Pronunciado	
ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA			16/08/1987		30 A 0 M 0 D	760000671101901			
Sexo	Documentos	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade		
IDENTIDAD	2360219-8	SSPAM	28/07/2014	M	NAO	PARDA	SANTAREM - PA	154637	
Mão				Pai	INFORMADO		Contato		
MARLETE VIEIRA DE SOUSA					ANTONIO DOMINGOS BRASIL DE SO			(95) 99143-2277	
Endereço								Ocupação	
AVENIDA - GENERAL PENHA BRASIL - 829 - SAO FRANCISCO - BOA VISTA - RR								NÃO INFORMADA	
Class. de Risco	Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	Autorização		Sis. Previdencial	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE								
Motivo da Atendimento	Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				"				
Sobrenome	Tipo de Chegada		Procedimento Sólo:		Registrado por:				
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				LUCAS.DANIEL				
Queixa Principal			<input type="checkbox"/> Síndrome Febril	<input type="checkbox"/> Sintomatismo Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO:1234 RV:12345 MRV:123456

Anamnese : (HORA DA CONSULTA : 10h)

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h) ÁREA DE SINISTROS DE CONTEÚDO

Ente vítima de acidente de motocicleta
- trauma em cintura

Exame Física

卷之三

July 2007

Hipótese Diagnóstica

Frótica en colonela D.

SADT - Exames Complementares

(1) RAIO-X (2) ULTRA-SON (3) MTC (4) SANGUE (5) LIPINA (6) EGG (7) OUTROS:

PRESCRIÇÃO

Alta por Decisão Médica
 Ambulatório
 Alta a Pedido
 Observação (Até 24h)
 Alta a Revisão
 Internação

Transferência para: União Americana Data para a hora da Saída/Alta: / / / / / / / /

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: Lucas.dardel
Data/Hora: 16/08/2017 13:12:17

• 160 •

práctica de la
co- Tc a grande
intensidad

Dr. L. E. S. S. 1911

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Adriano Kerley Viana da Souza

6 - N° DO PRONTUÁRIO
159537

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

21090010101571110719011

8 - DATA DE NASCIMENTO
16/08/87

m

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Marlene Ribeiro da Souza

11 - FONE DE CONTATO
9169191141322177

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BARRA)

Avenida General Rondon, Brasil, 809, São Francisco

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

R12

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SÍMOS E SINTOMAS CLÍNICOS

pele eritema ec. transito agudo
dor + defecação colo
px = f. constipado

ÁREA DE SINISTROS - P

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

anfis

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

er
fv

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

história estatô

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

anfis e estatô

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

côstite

28 - DOCUMENTO

1) CNS

2) CPF

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

07

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

MSX

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

16/8/17

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Medico
Bumetolida e Cetoprofeno
PRAH 1733

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1) CNS

2) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

16/8/17

0308010019

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1068

0308010019

v299

BL D 404-3_{pe.12} 404-3

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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE	Adriane R. V. de Souza.		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS		
IDADE	LEITO	DM2	
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SN
2	SF 0,9% 500ML EV DE 8/8HS		11 4/8
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		SUSP Suspens
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H		SUSP Suspens
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA		SN
6	CIPIRONA 1 AMP EV 6/6H		12 16 01/08/17
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN		SN
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SN
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H		08 16 01/08/17
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		SN
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		SN
13	CURATIVO DIARIO		
14	SSVV + CCGG 6/6 H		ÁREA DE SÍNTESE KIT CONTEÚDO: 1000ML SSSV + 1000ML CCGG
15	Vas. bloco		Dr. Leonardo Raposo Residente em Ortopedia Tutor: Dr. Edirle O. Coelho CRM-RR 418.701-TE
16			
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
EVOLUÇÃO MÉDICA:			

Transfui os blocos & paciente nove consegue atend
visita os 8h.

12:00 PA 150X110

16:00 99

20:00 estou no leito.

T: 36°C

16:00 febre brada

15:04 PA 159X102 T: 36°C

16:00 febre brada

16:00 PA 159X102 T: 36°C

09:50 h - Roadside surface - Middle - Low 136838

404-3

Pg-12



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

16/08/87

PACIENTE	Adriano K. V. de Souza		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	16/08/87
ITEM	PREScrição	HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SF 0,9% 500ML EV DE 8/8HS		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H		
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA		
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H		
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h		
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H		
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	CURATIVO DIARIO		
14	SSVV + CCGG 6/6 H		
15	Solicito exames pré-op. aient		
16			
17			
18			
19			
20			
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SORTEIO: 01
CONTEÚDO: 01

3h
FC: 80
PA: 160/90
T: 37,6°C

00:00:00

medicções das 20:00h/24

Bruna Mariana S. Queiroz Costa
T. 1000000000
CUREN/RR 1.221907

31/07/87 *Realizado curativo, RX e ECG
PA: 120/80 FC: 80 T: 37,6°C
Tordena G. G. Souza Dutra
Exameira

6H	1230x124	80	30,3°C
?H			
H			

160/90 37,6 97

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

- Realizado Replicador 06trs.



Vivian da Conceição Costa
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 628.963



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



404
3

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN
PACIENTE		ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA		
AGNÓSTICO		FRATURA DE COTOVELO DIREITO		
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE	30 ANOS	LEITO	404-3	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			5/10
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			5/10
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)			5/10
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8M SE DOR INT			5/10 14:55 24.10 6/20
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			5/10 14:40
10	SSVW + CCGG 6/8 H			5/10
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG			5/10
14	CURATIVO DIARIO			5/10
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS			5/10 6/20
17				SUSP
18	<u>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</u>			
19				
20				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEIXAS ALGICAS
AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

ÁREA DE SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CONTEÚDO: 1.000,00

0,000,00

SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H	160 X 100	86	36°C
18 H	160 X 100	96	36°C
24 H	179 X 103	73	36,5°C

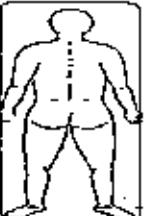
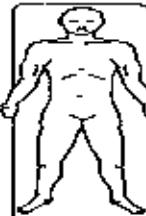
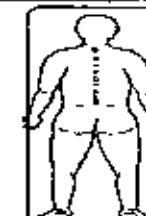
MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 18181
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

6h - PA = 164x100
P = 61
T = 36°C

11h - Paciente apresentou quadro hipertônico isolado item 12. Negou os outros.
com observações de tempeiragem - TéSugon. Cern-RR 081.713

14h - Pt. relatou dor, foi administrado medicamento item (3). TéC. gálico.

22:35 h - Pt. relatou dor intensa, apresentando quadro hipertônico, realizado a medicação do item 5 e 12. TéSugon.

Nome: Adriano Kerley V. de Souza		Localização / Região: O M. I. D		Localização / Região:	
DATA: 16/08/17		 		 	
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II X 3X				<input type="checkbox"/> DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia		<input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: <u>Expondação</u>		<input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	
Tamanho da Ferida:		Comprimento _____ cm		Largura _____ cm	
		Profundidade _____ cm		Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito:		<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	
Quantidade de Exsudato:		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:		<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor:		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor:		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional:		<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	
Solução para limpeza		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)		<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo:		<input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca:		19/108/17			
Em caso de + de 24hs					
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem		01- <u>Rozangela</u>	02- <u>Parment</u>	01-	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro					
OBS:				OBS:	
ÁREA DE SIGNATURA DE CONTEÚDO					

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convatec, Solutions Programs. Os pacientes com 02 ou mais lesões estas devem ser evoluídas separadamente.

40
3

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			HGR	
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN		
PACIENTE		ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA				
AGNÓSTICO		FRATURA DE COTOVELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	30 ANOS	LEITO	404-3	DATA	19/08/2017	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTE	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N 13.501 2200				S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VÓ DE 8/8h SE DOR INT				S/N 23:00	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N	
10	SSV + CCGG 6/6 H				D07ZNA	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				S/N 13:45	
14	CURATIVO DIARIO				D07ZNA	
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				SUSP	
17						
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E/OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
19						
20						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEIXAS ALGICAS AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO						
ÁREA DE SITUAÇÃO: CONTEÚDO:						

OBS: Trocado AVP. utilizado
G: 22 em M.S.D. Tcc Francielle
Corr RR, 151318.

SINAIS VITAIS				
6 H	140x90	92	36°C	39
12 H	150x90	85	36,5	22
18 H	160x100	80	36,5	22
24 H	140x80	93	36°C	39

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

13.501 (Quase - se de alergia, administrado ev, silvam tu: ure: 21/08/18)

OBS: Administrado item
5 às 22:00 e item 6
as 23:00 paciente referiu
dor em M.S.D. Apesar
sinais vitais às 22:00
e 6:00 Tcc Francielle
00 151318



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN
PACIENTE	ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA			
AGNÓSTICO	FRATURA DE COTOVELO DIREITO			
ALERGIAS				
IDADE	30 ANOS	HAS	NEGA	DM2
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	5:00		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manhã		
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N	22.10	06:00	1
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	5:00		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	note		
10	SSVV + CCGG 6/6 H	5:00		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG	5:00		
14	CURATIVO DIARIO	curativo		
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS	24.00		
17		14.00		
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
19				
20				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A.A.A. SEM QUEIXAS ALGICAS
AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

ÁREA DE SINTOMAS
CONTEÚDO

15:00

16:00

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T
6 H	150/90	80	-	35°C
12 H	170/10	80	20	36°C
18 H	150/90	71	20	36.5°C
24 H	162/91	72	-	35.5°C

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

22.10.16 Foi realizado exame de ressonância magnética no local da fratura. Verificado que o osso interno, sem lesões de horários. Sobre o exame.



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
HGR

401
3

GOVERNO DO RORAIMA MELHOR PARA TODOS	DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN
PACIENTE	ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA				
AGNÓSTICO	FRATURA DE COTOVELO DIREITO				
ALERGIAS					
IDADE	30 ANOS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	META ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)				
6	TIPAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H (SE DOR INT)				
7	P. ASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO (SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG)				
14	LURATIVO DIARIO				
17	FALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				
18	RE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 D/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
20					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEIXAS ALGICAS AGUARDA: 10 O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO					

ÁREA DE SORVETE
CONTEÚDO: 100g

100g

SINAIS VITIAIS	IS			
6 H	140/80	80	36	
12 H	160/80	88	36.2	
18 H	130/80	90	36.1	
24 H	147/91	74	36	

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Paciente referiu dor e febre ad item 5 e PM
as 26 hs e as 06 hs - Sede

17:00
Paciente refere dor,
falta de ar e sede.
Té. familiar _____
Caren: 776-767-_____



**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScrição MÉDICA**

HGR
Homegrown Roots

401
3

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGUMAS, AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO.

ÁREA DE SINISTROS - II

G. J. M. VAN

SINAIS VITais PA	FC	T	FR
6 H	130/95	68	35,9
12 H	150/90	85	36,3
18 H	130/80	79	15
24 H	151/85	78	20

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

FF: presente 36°C

12.20 Pac refiere dör em M.S.D Administración dipirro
at ~~óptima~~ Rosarie.

Winkel nicht der. Administado item 5

Marco Grupel
Técnico em enfermagem
ODREFN 000 000

401
3

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN	
PACIENTE		ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA			
AGNÓSTICO		FRATURA DE COTOVELO DIREITO			
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		30 ANOS	LEITO	401-3	DATA 23/08/2017
ITEM	PREScrição			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			S/12	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			10:00-18:00	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)			21-40 (6/6) 20:00	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/81 SE DOR INT			20	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			50	
10	SSVV + CCGG 6/6 H			SSVV	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG			10 06:00	
14	CURATIVO DIARIO			12:00-20:00	
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEIXAS ALGICAS AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

ÁREA DE SORTEIOS
CONTEÚS

23:30

SINAIS VITAIS		
6 H	170/110	63 36,82
12 H	110/70	
18 H	160/90	86 36,82
24 H	160/90	80 36,02

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

23:30. Paciente em repouso - no leito sem queixas durante o plantão.
Pac. medicação + 55 uui. Se for em
ser enfermeiro

23:30
Paciente sofre dor ótima.
Espirada c.p.m. Tec. Valdete
387479

06:00 paciente sofre dor.
07:00 Espirada e PA: 170/110 Valdete
07:00 exatomin. c.p.m. + 387479



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



401
3

DATA DE ADMISSÃO	DIH	16/ago	DN
PACIENTE	ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA		
AGNÓSTICO	FRATURA DE COTOVELO DIREITO		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	30 ANOS	LEITO	401-3
ITEM	PREScrição		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)		
6	TRAMAL 100MG + SF 0,8% EV OU 01 CP VO DE 8/8h (SE DOR INT)		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
10	SSV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO (SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG)		
14	CURATIVO DIARIO		
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS		
17			
18	<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML; GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLÂNTONISTA		
19			
20			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGICAS
AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

ÁREA DE SERVIÇO
CONTÉUDO

SINAIS VITAIS	T	P	P.A.
6 H	36,0°C	82	150X90
12 H	36,0°C	86	146X91
18 H	36,0°C	79	130X99
24 H	36,0°C	84	200X100

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

8/8/18

Paciente recupa mais de
uma tentativa para o acesso venoso.
Nesse venoso.

Tec. Traui.

84h → PA: 200X100, adu. medicacol

cpm. ITEM 12

Medicacol - se de chor. Pdm medicacol cpm.

4013.6

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				
	DATA DE ADMISSÃO		DIH.	16/ago
	PACIENTE		ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA	
AGNÓSTICO		FRATURA SUPRAINTRACONDILEANA DIREITO		
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE		30 ANOS	LEITO	401-3
ITEM		PRESCRIÇÃO		
			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			SNO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			manter
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N			99-06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT			SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
10	SSVV + CCGG 6/6 H			rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG			SN
14	CURATIVO DIARIO			
	CIPROFLOXACINO 400MG EV. 12/12 HORAS			16-20
17	CLINDAMICINA 600MG EV. 6/6 HORAS			16-20
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU. GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE ≥ 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
19				
20				
EVOLUÇÃO MÉDICA:				
SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGICAS AGUARDANDO O PROCEIDIMENTO CIRURGICO				

ÁREA DE SORTEIOS
CONTÉUDO

03 022 2007

SINAIS VITAIS PA	FC	T	FR
6 H	151/94	59	36°c
12 H	140/90	403	36°c
18 H	340/62	84	36°c
24 H	159/100	80	36,5°c

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Momento Matutino: pac em repouso no leito, acordado, orientado. Mantém B.P. em níveis adm. med. CRM. Sem queixas no período. Segue os encartes da equipe de enfermagem. — Tel: 6174-1100



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

HGR

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA				
AGNÓSTICO FRATURA SUPRAINTRACONDILEANA DIREITO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE	30 ANOS	LEITO	401-3	DATA 27/08/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			SN
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N 2010			auter
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT			SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
10	SSVV + CCGG 6/6 H			Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110. MMMHG			SN
14	CURATIVO DIARIO			M
	CIPROFLOXACINO 400MG EV. 12/12 HORAS D2			10-22
17	CLINDAMICINA 600MG EV. 6/6 HORAS D2			12-18-24
18	<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),			
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:			
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E/OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML;			
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGICAS
AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO.

ÁREA DE SISTEMAS - P

22:00 Trocado AVP. utilizado
6:22 em MID. Tel Franca de
Cunha, 161317

SINAIS VITais	PR	PC	IT	ER
6 H	140x90	62	36°C	17
12 H	168/100	86	36.5°C	18
18 H	157/99	81	36.5°C	19
24 H ²⁴	140/91	85	36°C	19

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

1935: Administrado medicamentos conforme prescrição das 19:00 às 7:00. Cada vez do dia sinal intenso às 22:00 e 6:00. Sem intercorrência. Tel. Francisco
Corr. fl. 151318.

401-3

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
		PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN		
PACIENTE		ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA				
AGNÓSTICO		FRATURA SUPRAINTRACONDILEANA DIREITO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE		30 ANOS	LEITO	401-3	DATA	28/08/2017
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			S/N		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			manter		
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N					
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT			SV		
7	PLASIL 10mg EV 8/8h (S/N)					
10	SSVV + CCGG 6/6 H			Coluna		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG			5N		
14	CURATIVO DIARIO			evolutivo		
	CIPROFLOXACINO 400MG EV. 12/12 HORAS D3			10/22		
17	CLINDAMICINA 600MG EV. 6/6 HORAS D3			12/18/24/06		
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA. REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
19						
20						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A.A.A. SEM QUEXAS ALGICAS AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO						

Arta Hospital

sheca

2017

SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H			
18 H			
24 H			

ÁREA DE SINAIS VITAIS
CONTEÚDO

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Adriano Kerley Vieira 30 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 11/09/17, COM
DIAGNÓSTICO DE fx condens

NO DIA 18/09/17, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osírose e fx condens SENDO

OPERADO PELO DR. Vitor montenegro E DR. Vitor Pires

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 20/09/17 AS 10:00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 09/10/17, AS 08:00h, COM O
DR. Enrique Bruno

ÁREA DE SIME: 00000000000000000000000000000000
CONTEÚDO: 00000000000000000000000000000000

ORIENTAÇÕES GERAIS:

00000000000000000000000000000000

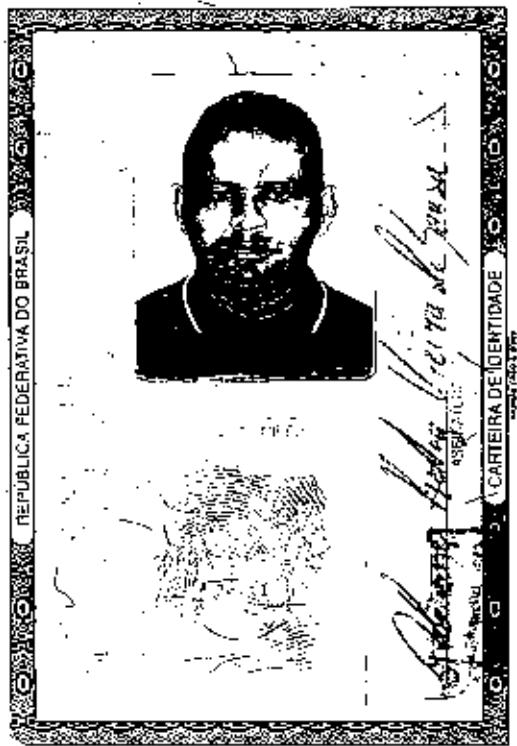
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Marcus Bruno

Dr. Marcus Bruno
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18447

MEDICO

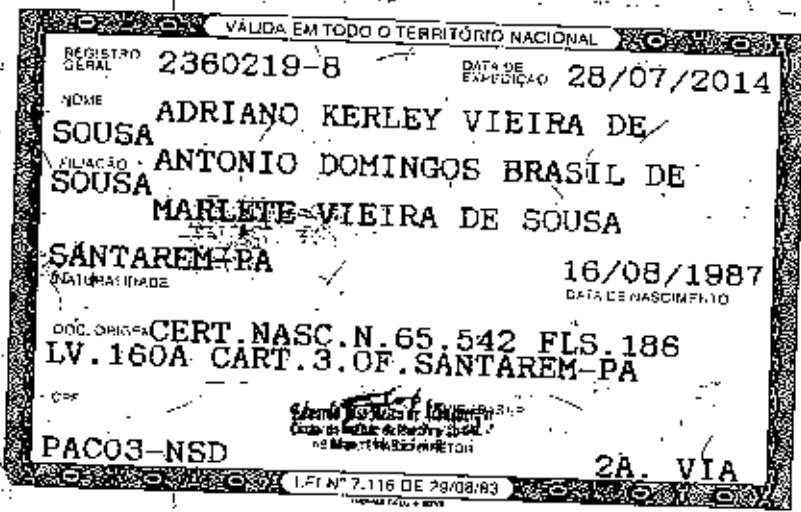
BOA VISTA, 20/09/17



ÁREA DE SÍMOS POS-PRO
CONTEÚDO

00124





Tânia Helena
(95) 991 89-8405
3241-6579

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Cláudomiro Venâncio de Lima.

RG nº 125445, data de expedição ____/____/____

Órgão SSP/TO portador do CPF nº 851.270.511-68, com
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
Rosânia, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
BR 134 nº 533.

complemento Canami, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Adriano Kerley V. de Souza, cujo o condutor era Adriano Kerley V. de Souza.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda CG 125 FAN

Ano: 2007

Placa: NAO 4016

Chassis 9C2TC 303078 1927 39

Data do Acidente: 16/08/13

Local e Data: Beira Vista 20 11 2013

ÁREA DE SÍNTESE 03 - 03

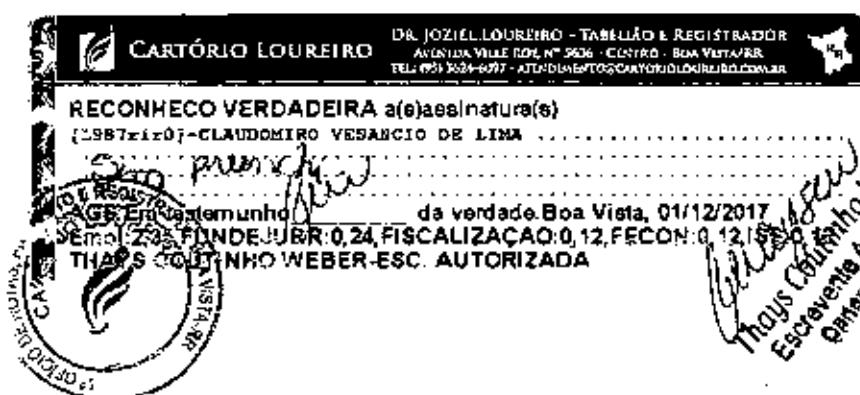
9-1257-2701

CARTÓRIO
LOUREIRO

~~Estebanino Francisco de Gómez~~

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro).





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

11/02/2017
Adriana Kerley Vieira de Souza

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	001.877.602-76	Adriana Kerley V. de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Adriana Kerley Vieira de Souza	001.877.602-76	Tutor
Endereço	Número	Complemento
R: GAL. Penha Brasil	726	
Bairro	Estado	CEP
Águas Francisco	Roraima	69.305-130
Email	Telefone (DDD)	
	95) 9153-5478	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
0453	51946 7		
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome _____ NRO. _____			
AGÊNCIA NRO. DV CONTA NRO. DV			
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista, 04 de Dezembro de 2017

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Atendido no local
 Trauma HGR
 Pronto Atendimento
 Coronel Mota

Cosme e Silva
 HCSA
 Maternidade
 Outros

ERTE NCE DO PACIENTE	Description:
	Name of Receptor:
	Function of Receptor:
	Signature of Receptor:
TERMO DE RECUS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade: Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

Vítima de colisão moto x ciclone encontrada de de cinto de cinto. Verbalizando, Orientado, lucido, luta mesmo retirou o capacete, com possível fratura no e escoriações nos membros superiores, feito imobilizações

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		ESCORE DO TRAUMA	
Adulto	Menores de 5 anos	Escala:	
Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	10 - 24	4
Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	25 - 35	3
Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	≥ 36	2
Não abre os olhos	Não abre os olhos	01 - 09	1
Orientado	Brabúbia	0	0
Confuso	Choro intenso	> 80	4
Palavras inapropriadas	Choro e dor	70 - 89	3
Sons ou gemidos	Gemido e dor	50 - 69	2
Nenhuma	Nenhuma	01 - 49	1
Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	0	0
Localiza a dor	Retira ao toque	14 a 15	5
Flexão normal	Retira a dor	11 a 13	4
Flexão anormal	Flexão normal	8 a 10	3
Extensão a dor	Flexão anormal	5 a 7	2
Nenhuma	Nenhuma	3 a 4	1

ESCALA DE GLASGOW

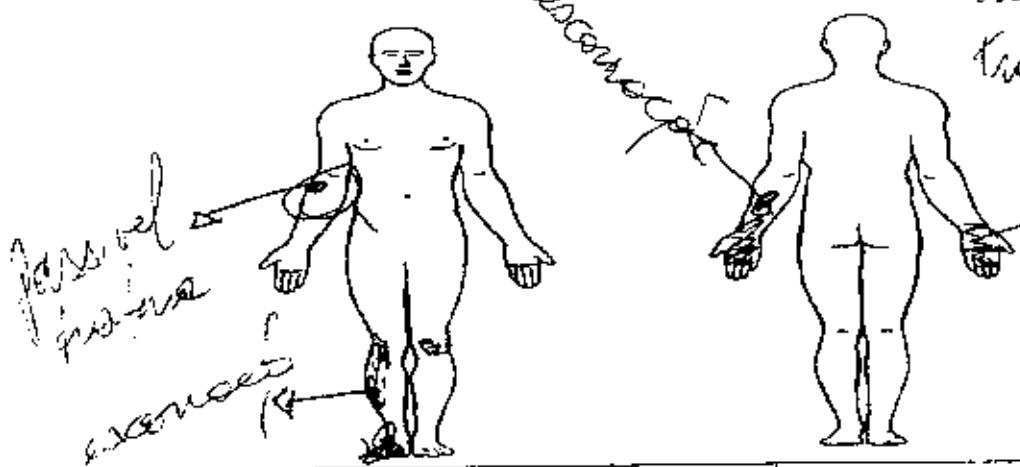
ESCORE DO TRAUMA

(15)

SSUV preservado. Usando as medicações regulares que encontradas no trauma.

fec. fute

liver-fk
(342249)



GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana:	Movimentos fetais:	01 Enjugo maior:	01 aquile 40x
Perda de líquido:	BCF:	04 gelco 20	01 csp dipacet
[] Com cartão	[] Sem cartão	01 SF 500ml	02 triptil 200g
		01 compresse	02 cedura
		01 ser se 200g	01



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

408607



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044614/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2017 12:40 Data/Hora Fim: 27/11/2017 13:00

Origem: Polícia Judiciária Data: 27/11/2017

Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 16/08/2017 18:00

Local do Fato

Município: Boa Vista

Bairro: Nossa Senhora

Logradouro: Ville Roy

Ponto de Referência: Padaria Trigos

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de Trânsito	Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA (COMUNICANTE / VÍTIMA)	
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: Santarém
Profissão: Pintor	Sexo: Masculino Nasc: 16/08/1987
Estado Civil: Solteiro(a)	Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Raça/Cor: Parda	

Nome da Mãe: Marlete Vieira de Sousa

Nome do Pai: Antonio Domingos Brasil de Sousa

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 2360219-8

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 001.877.602-76

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: General Penha Brasil

Bairro: São Francisco

Telefone: (96) 99143-2277 (Celular)

Nº: 626

Complemento: Casa

06/08/2017

ÁREA DE
CONTEÚDO
RESERVADO

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Renavam: 0926063894	Placa: NAO4016
Número do Chassi: 9C2JC30707R192739	Ano/Modelo Fabricação: 2007/2007
Cor: PRETA	UF Veículo: Roraima
Município Veículo: Boa Vista	Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN
Modelo: HONDA/CG 125 FAN	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Envolvido

Nome Envolvido	Envolvidos
Adriano Kerley Vieira de Sousa	Proprietário

Delegado da Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha

Página 1 de 2

Impresso por: Jefferson Inacio Araujo

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

Data de Impressão: 27/11/2017 13:00

Protocolo nº: Não disponível



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044614/2017

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não é habilitado, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo sua motocicleta, também já descrita acima, onde a mesma está no Nome de CLAUDIO VENANCIO DE LIMA, CPF 851.270.511-68, no sentido bairro - centro, onde colidiu em cachorro. Que perdeu o controle da motocicleta e caiu. Que sofreu lesões corporais e foi socorrido até o HGR por uma equipe do SAMU, onde foi constatada a fratura de seu cotovelo direito. Que no local não teve atendimento policial. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS

~~Jefferson, Boston, New York~~

97 07.201

Adriano Kerley Vieira de Sousa
(Comunicação / Vilhena)