

# 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 médico pericial:** MEMBRO SUPERIOR DIREITO: ALTERAÇÃO ANATÔMICA DECORRENTE DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, LIMITAÇÃO DA 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):**

Vítima 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.**

Vítima 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:



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

Carimbo com nome e CRM

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



Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12193407

A/C: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Nº Sinistro: 3170650301  
Vítima: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA  
Data do Acidente: 16/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: TANIA HELENA FRACALLOSSI 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

DOCUMENTOS E ESCRITÓRIO  
428419 556 RO

CY 421.026.772-49 15/01/1972

DECLARAÇÃO  
JUNILSON FRACALOSSI  
MARIA ANA FRACALOSSI

IDENTIFICAÇÃO  
02798991920

VALIDADE  
06/10/2013

DATA EMISSÃO  
17/02/1991

SEM OBSERVAÇÃO

Tania Helena J. de Melo

LOCAL  
ACORD - RO

DATA EMISSÃO  
15/11/2009

43016893811  
RO 00028654

PLASTIFICADA

059074510

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

059074510

ÁREA DE S  
CONTEI

documentul. Se mîdă Hoşnâzâr

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

1700823527		16/08/2017 19:09:50		FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-		4		
Paciente				Data Nascimento		Idade		CNS		CPF <sup>07</sup>		Prontuário	
ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA				16/08/1987		30 A O M O D		760000571101901				154637	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil		Raça/Cor	
IDENTIDAD		2360219-8		SSPAM		28/07/2014		M		NAO		PARDA	
Mãe				Pai		Informado		Naturalidade		Contato			
MARLETE VIEIRA DE SOUSA				ANTONIO DOMINGOS BRASIL DE SO				SANTAREM - PA		(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 Prenatal			
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE											
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso		Pressão	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA				"							
Solu		Tipo de Chegada		Procedimento Solu									
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL								Registrado por:			
										LUCAS.DANIEL			
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					

Anamnese de Enfermagem	<b>GSC</b> AQ: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL 15
------------------------	--	-------------

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_\_ h)  
 paciente vitimado de acidente de motocicleta  
 ocorrido em setembro

Exame Físico	CONTÉUDO
205E	205E

Hipótese Diagnóstica

Fractura en cotovelo (D)

10/10/2019 15:54

00000000000000000000

**SADT - Exames Complementares**

( ☐ ) RAIO-X      ( ☐ ) ULTRA-SON      ( ☐ ) TC      ( ☐ ) SANGUE      ( ☐ ) URINA      ( ☐ ) ECG      ( ☐ ) OUTROS: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 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. 83		

Conduta

<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica	<input type="checkbox"/> Ambulatório
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia	<input type="checkbox"/> Internação
<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para:	Data e hora da Saída/Alta:

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☒ Hospital ☐ Outros

**Assinatura do Paciente ou Responsável**

**Carimbo e Assinatura do Médico**

Impresso por: lucas.daniel  
Data Hora: 16/08/2017 19:12:17

[illegible]



Orthopedic

Pet of Nelson's student Hovitt  
affirmations den + duplicable  
controls

pet inclusion de ft  
CD = TC agnate  
intense

Dr. Peterson, P. Silva  
1980/01/15  
Traumatologia e Ortopedia  
CRM: 1793



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

- LAI -

# ATA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO

2 - CNES

4 - CNES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE, OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

pt contínuo oc. transt. *apostila*  
dor + deficiência *colateral*  
rx = fr. *colateral*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*amfio*

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

*ex fr*

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

*fratura colateral*

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

*amfio colateral*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

*MAX*

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

*16/8/17*

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

*Medico*  
*Pneumologia e Cirurgia*  
*CRM: 1733*

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNP / DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

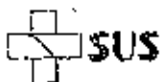
( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

*16/8/17*

*0308012019-1068*  
*V299*



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ÁREA DE SINALS E SINTOMAS  
CONTÉÚDO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAVEJO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS



( ) CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

BLD 404-3 p2.12.

404-3

 <p>GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima</p>	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			 <p>HGR</p>
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
	PRESCRIÇÃO MÉDICA			

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	Adriano K. V. de Souza	
DIAGNÓSTICO		
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S/N
2	SF0,9% 500ML EV DE 8/8HS	12/18
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	SUSP
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H	Suspensão
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA	Suspensão
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H	12/18
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h S/N	S/N
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H	12/18
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	S/N
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	S/N
13	CURATIVO DIÁRIO	
14	SSVV + CCGG 6/6 H	
15	Do blow	
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	

Dr. Leonardo Rabeto  
Residente em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 7716

NIF

EVOLUÇÃO MÉDICA:				
------------------	--	--	--	--

Transfere do blow de compressão  
visita os SH.  
Paciente não estava no leito.  
Do blow de blow  
bom de blow

conjugado - 12:00 PA 150x110  
FC 99  
T: 36°C

Cidra Moraes de Melo  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 001.053.026-TEC

Pomai Prouill Little  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 001.058.361-TEC

Márcia dos Santos Sousa Gomes  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 418.701 TE

Edirle O. Coelho  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 001.053.026-TEC

6 H	153/103	60	35.5	21
12 H	142/93	82	37.0	82
17 48H	143/83	76	36.7	82

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.
--

12:00 Realizado medicado  
Paciente medicado

Cidra Moraes de Melo  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 001.053.026-TEC

Luzia da Silva Vale  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 001.053.026-TEC

Franciele Mendonça  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 353.432

OBS: Admitido no setor  
das 16:00 procedente do  
PAE, deambulando apertado  
NOTE as curatadas da

09:50 h - Redigado curativo. Miller. Data 130838.

130838

17/08/17 às 17:00 h apêdo giras d'atm. Administrado  
medicinas de honrao giras sem quise até o fim  
do planto. At. Member com 510509 m

130838 Administrado medicamentos de apêdo giras  
vitas de honrao giras sem quise até o fim  
do planto. At. Member com 510509 m

21: h - Paciente repete apêdo por adiantado  
gripone de honrao - 6/10/38  
130838

404-3

P2-12



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

16/08/17

PACIENTE

Adriano K. V. de Souza

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

LEITO

DATA

16/08/17

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORARIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

SF0.9% 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 &gt; 160 E OU PAD &gt; 110 MMHG

12

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

13

CURATIVO DIARIO

14

SSV + CCGG 6/6 H

15

Solicito exames pré-op. cliente

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;

&gt;400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR

PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SAÚDE  
CONTEÚDO

24h  
FC: 40  
PA: 160x90  
T: 37.0C

medicações dos 20 e 24



Dr. João S. Queiroz Costa  
T. Bruna Rego  
CUREN-RR 1.221907

24h/16h  
37.5-7.5

\* Realizado curativo, RX e ECG  
Item (1) feito corretamente.  
Tarciano de Souza Dutra  
B. Carneira  
CUREN-RR 231.309

6H

238x124

80

36.5C

2H

H

160x90

37.0

97



MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

- Realizado Medicamento Obstr.



Vânia da Conceição Costa  
Técnico em Enfermagem  
COREN-RR 628.963

404  
3

		<b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>			
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN	
PACIENTE <b>ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA</b>					
AGNÓSTICO <b>FRATURA DE COTOVELO DIREITO</b>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		30 ANOS	LEITO	404-3	DATA
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
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				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/M)				
10	SSV + CCGG 6/8 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO (SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG)				
14	CURATIVO DIÁRIO				
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				
17					SUSP
18	<b>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</b>				
19					
20					

55 24/10 6/20  
90 24/10 6/20

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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

ÁREA DE SIN...  
CONTEÚDO...

SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H	160 x 100	86	36,2
18 H	160 x 100	96	36,2
24 H	179 x 103	73	36,5°C

MÉDICO: MARCELO MARQUES  
CRM: 1118  
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

6h - PA = 164 x 100  
P = 61  
T = 36°C

11h - Paciente apresentou quadro hipertensivo realizado com 12. Regue os dados com observações de temperatura - Te Sugom. Cor. RR 081.713

14.45 - Pac. relatou dor, foi administrado medicação do item (3). Te. 36,2  
22:35 h - Pac. relatou dor intensa; Apresentando quadro Hipertensivo, realizado a medicação do item 5 e 12. Te. 36,2





Acompanhamento das Feridas  
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:  
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 4043

Nome: Adriano Kerley V. de Souza

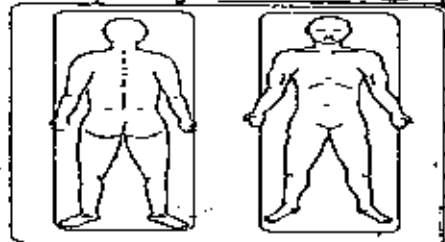
DATA: 18/08/17

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II X 3X

Localização / Região

M.I.D

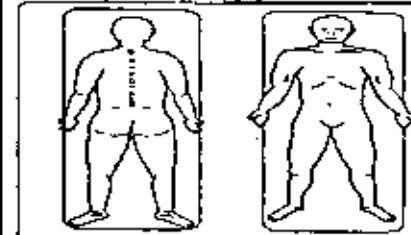


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética  
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ outra: exoneração

Tamanho da Ferida:

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

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo  
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

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

Tipo de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento  
☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

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

Condição da pele  
Perilesional:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor  
☐ Prurido ☐ Outras \_\_\_\_\_

Solução para limpeza

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

Cobertura primária  
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase  
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata  
☐ AGE ☐ Outro: \_\_\_\_\_

Hora do curativo:

☐ Manhã ☒ Tarde

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

19/08/17

Carimbo e ass.  
Téc. em Enfermagem

01- Rozângela

Carimbo e Assinatura  
do Enfermeiro

02- Parreiras



OBS:

OBS:

ÁREA DE SIGA Nº 3 - 06  
CONTEÚDO

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

40  
3

		<b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>			
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
<b>DATA DE ADMISSÃO</b>		<b>DIH</b>	16/ago	<b>DN</b>	
<b>PACIENTE</b> ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
<b>AGNÓSTICO</b> FRATURA DE COTOVELO DIREITO					
<b>ALERGIAS</b>		<b>HAS</b>	<b>NEGA</b>	<b>DM2</b>	<b>NEGA</b>
<b>IDADE</b>	30 ANOS	<b>LEITO</b>	404-3	<b>DATA</b>	19/08/2017
<b>ITEM</b>	<b>PRESCRIÇÃO</b>				<b>HORÁRIO</b>
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				M. ANTER.
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N 13:50 - 22:00				S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				S/N 23:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H				NOTZNA
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				S/N 13:45
14	CURATIVO DIÁRIO				NOTZNA
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				SUSP
17					
18					
19					
20	<b>SE DIABÉTICO</b> 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				

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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

ÁREA DE SINOPSE  
 CONTEÚDO

OBS: Trocado AUP. utilizado  
 G: 22 em MSD. Tcc Francielly  
 Corren R.R. 151318

SINAIS VITAIS				
6 H	140x90	92	36.2	19
12 H	150x90	88	36.5	20
18 H	160x100	80	36.5	20
24 H22	140x80	93	36.0	19

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

OBS: Administrado item  
 5 às 22:00 e item 6  
 às 23:00 paciente referiu  
 dor em MSD. Afundado  
 sinais vitais às 22:00  
 e 6:00. Tcc Francielly  
 Corren R.R. 151318

13.500 Querosen - se de algar, administrado  
 dipirona EV, S/N 13:45 Corren R.R. 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		HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	404-3	DATA
30 ANOS				20/08/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			SND
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N			22:10 06:00 L
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT			
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
10	SSVV + CCGG 6/6 H			
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG			
14	CURATIVO DIÁRIO			
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS			
17				
18				
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),			
20	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:			
	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,			
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

ÁREA DE SINCRONIZAÇÃO  
CONTEÚDO



15 SET 2017

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T
6 H	150/40	80	-	35°C
12 H	120/10	80	20	36°C
18 H	150/90	71	20	36,5°C
24 H	162 x 91	72	-	35,5°C

MÉDICO: MARCELO MARQUES  
CRM: 19118  
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

22.10.16 Foi realizado duplo exame de  
paciente relatando dor no local da  
fratura. Verificado pelos vitais, todos  
de medicação de horário. Sem sinais de infecção.

401-3

		<b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>Serviço de Ortopedia e Traumatologia</b>			
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
<b>DATA DE ADMISSÃO</b>		<b>DIH</b>		<b>16/ago</b>	
<b>PACIENTE</b>		<b>ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA</b>			
<b>AGNÓSTICO</b>		<b>FRATURA DE COTOVELO DIREITO</b>			
<b>ALERGIAS</b>		<b>HAS</b>			
<b>IDADE</b>		<b>30 ANOS</b>		<b>DM2</b>	
<b>ITEM</b>		<b>LEITO</b>		<b>404-3</b>	
<b>DATA</b>		<b>21/08/2017</b>			
<b>PRESCRIÇÃO</b>					
<b>1</b>		<b>DIETA ORAL LIVRE</b>			
<b>2</b>		<b>ACESSO VENOSO PERIFÉRICO</b>			
<b>5</b>		<b>DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)</b>			
<b>6</b>		<b>TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8 (SE DOR INT)</b>			
<b>7</b>		<b>PARAL 10 mg EV 8/8h (S/N)</b>			
<b>10</b>		<b>SSVV + CCGG 6/6 H</b>			
<b>12</b>		<b>CAPTOPRIL 25MG VO (SE PAS &gt; 160 E/OU PAD &gt; 110 MMMHG)</b>			
<b>14</b>		<b>CURATIVO DIÁRIO</b>			
<b>17</b>		<b>PARALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS</b>			
<b>18</b>		<b>DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b>			
<b>19</b>		<b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:</b>			
<b>20</b>		<b>4UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,</b>			
		<b>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>			
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>					
<b>SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGICAS</b>					
<b>AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO</b>					

ÁREA DE SIGNIFICADO  
CONTEÚDO DO TEXTO

10/08/2017



SINAIS VITAIS			
6 H	140/80	80	36
12 H	160/80	88	36.2
18 H	130x90/90	36.1	
24 H	147/92	74	36

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

Paciente refere dor e forad item 5 e PM  
as 24hs e as 06hs - Leodi

Paciente refere dor,  
dito deficiente.  
f. familiar  
com: 776-767

401  
3

		<b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>			
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN	
PACIENTE <b>ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA</b>					
AGNÓSTICO <b>FRATURA DE COTOVELO DIREITO</b>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	30 ANOS	LEITO	401-3	DATA	22/08/2017
<b>PRESCRIÇÃO</b>					
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SV
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SV
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)				SV 12-20 18h 24h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				SV 12-20 18h 24h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SV
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SV
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE HAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SV
14	CURATIVO DIÁRIO				SV
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				SV
17					
18	<b>SE DIABÉTICO</b> 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 AGUDAS  
 AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

ÁREA DE SINISTROS - D  
 CONTEÚDO DE

SINAIS VITAIS PA	FC	T	FR
6 H 130/95	68	35.9°	
12 H 130/90	85	36.3°	18
18 H 130/90	85	36.3°	18
24 H 130/90	68	36°C	



FF: presente

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

12:20 Pac refere dor em MSD administrado dipirona  
 at 12:20 Pac refere dor em MSD administrado dipirona  
 Paciente refere dor administrado item 5

Marco Antônio  
 Técnico em Radiologia  
 COREN 970.000

401  
3

		<b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>			
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
<b>DATA DE ADMISSÃO</b>		<b>DIH</b>		<b>16/ago</b>	
<b>PACIENTE</b>		<b>ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA</b>			
<b>AGNÓSTICO</b>		<b>FRATURA DE COTOVELO DIREITO</b>			
<b>ALERGIAS</b>		<b>HAS</b>		<b>NEGA</b>	
<b>IDADE</b>		<b>30 ANOS</b>		<b>DM2</b>	
<b>LEITO</b>		<b>401-3</b>		<b>DATA</b>	
<b>ITEM</b>		<b>PRESCRIÇÃO</b>		<b>HORÁRIO</b>	
1		DIETA ORAL LIVRE		SAD	
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		MUMPR	
5		DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)		21-40 06:00-15:00	
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT		10	
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SO	
10		SSVV + CCGG 6/6 H		SSVW	
12		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		10:00-16:00	
14		CURATIVO DIÁRIO		12:00-14:00	
		CEFALOTINA 1G EV. 8/6 HORAS			
17					
18		SE DIABÉTICO 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:**

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

ÁREA DE SINUSOIDES  
CONTEÚDO

SINAIS VITAIS			
6 H:	170/110	63	36,8°
12 H	NUNCA		
18 H	160/90	86	36,6°
24 H	160/90	80	36,0°

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

21:30  
Paciente refere dor, adm.  
dipirona c.p.m. Ter. Valdete

387479  
06:00 paciente refere dor,  
adm. dipirona e PA: 170/110  
adm. paracetamol c.p.m. Ter. Valdete  
387479

17:30. Paciente em repouso no leito  
sem feixes durante o plantão.  
feito medicação + SSVV. Segue em  
de enfermeiro



**Acompanhamento das Feridas**  
**Comissão de Curativo - HGR**

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:  
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015



ENF/LEITO: 401-3

Nome: <u>Adriano Kerley V. de Souza</u>			
DATA: <u>23/08/17</u>	Localização / Região: <u>Dorsal</u>		DATA:
<input type="checkbox"/> GRAU - I			<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II			<input type="checkbox"/> GRAU - II
Etiologia	<input 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:		<input 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		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" 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 type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" 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 <u>Moderado</u> <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 type="checkbox"/> Normal <input checked="" 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 1% <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"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Briatan Ag</u>		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro:
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca:	<u>26/08/17</u>		
Em caso de + de 24hs			
Enfermeiro e ass. Tec. em Enfermagem	01- <u>César</u>	02- <u>Adenilde</u>	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	
		ÁREA DE SINTOMAS CONTUSÃO	

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

(Coleta  
4:20  
25/8/17)

401  
3

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

AREA DE SE  
CONTEU

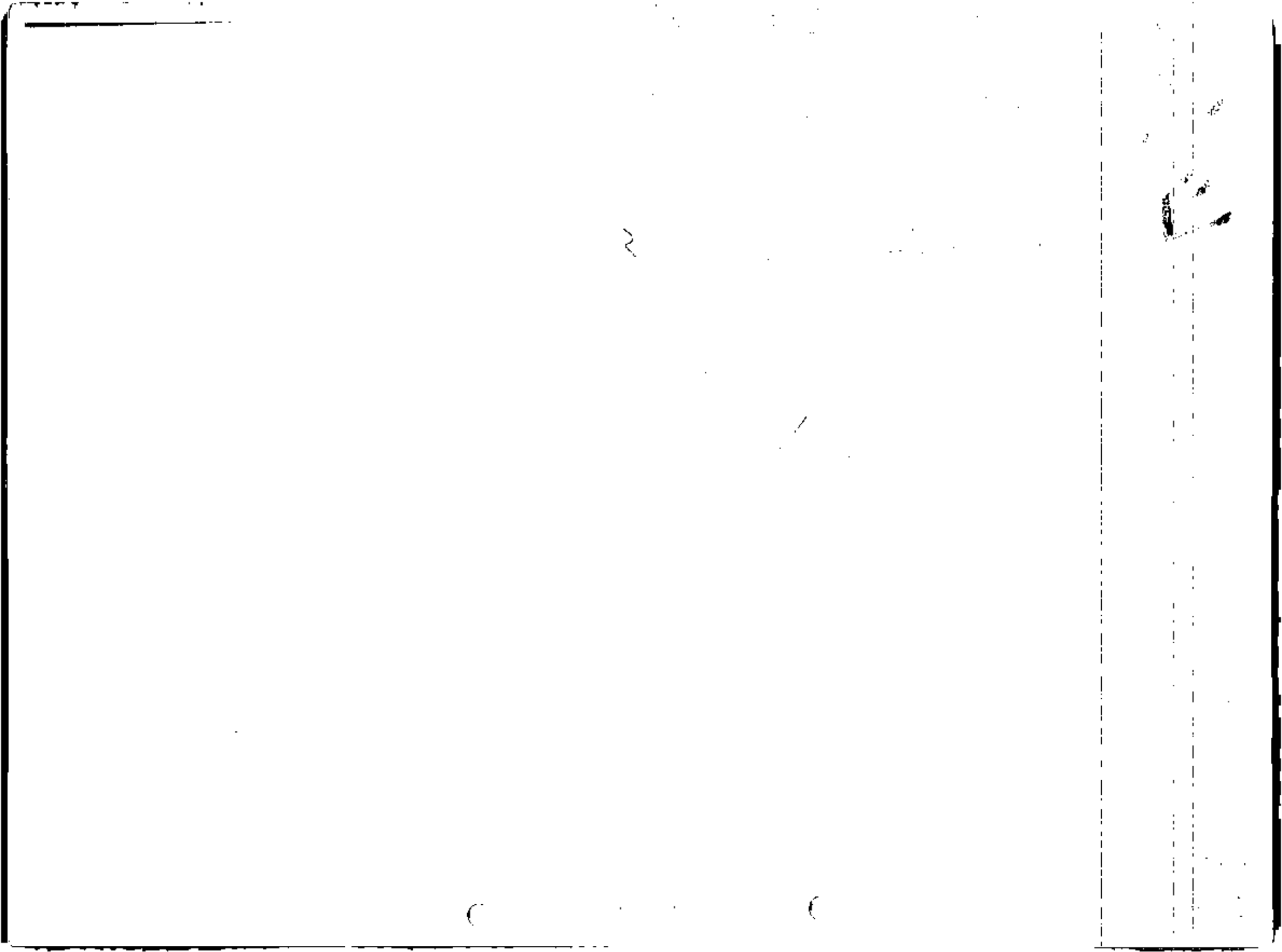
SINAIS VITAIS	T	P	P.A
6 H	36,2°C	82	150X90
12 H	36,2°C	86	146X91
18 H	36,2°C	89	130X99
24 H	36,2°C	84	200X100

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



Paciente necessita mais de  
uma tentativa para o acesso venoso  
5/11/2017

Rec. Inam.  
84h - PA: 200X100, adm. medicação  
cpm. ITEM (12)  
Rec. Xuv - se de dor. Adm medicação cpm.  
- remanes.





4013

		<b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>			
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
<b>DATA DE ADMISSÃO</b>		<b>DIH</b>		<b>16/ago</b>	
<b>PACIENTE</b>		<b>ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA</b>			
<b>AGNÓSTICO</b>		<b>FRATURA DE COTOVELO DIREITO</b>			
<b>ALERGIAS</b>		<b>HAS NEGA DM2 NEGA</b>			
<b>IDADE</b>		<b>30 ANOS</b>		<b>LEITO</b>	
<b>ITEM</b>		<b>401-3</b>		<b>DATA</b>	
<b>PRESCRIÇÃO</b>		<b>25/08/2017</b>			
<b>1</b>		<b>DIETA ORAL LIVRE</b>			
<b>2</b>		<b>ACESSO VENOSO PERIFÉRICO</b>			
<b>5</b>		<b>DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N</b>			
<b>6</b>		<b>TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT</b>			
<b>7</b>		<b>PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)</b>			
<b>10</b>		<b>SSVV + CCGG 6/6 H</b>			
<b>12</b>		<b>CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS&gt; 160 E/OU PAD&gt; 110 MMMHG</b>			
<b>14</b>		<b>CURATIVO DIÁRIO</b>			
<b>CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS</b>		<b>12 18 24</b>			
<b>17</b>		<b>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</b>			
<b>18</b>		<b>19</b>			
<b>20</b>		<b>21</b>			
<b>22</b>		<b>23</b>			
<b>24</b>		<b>25</b>			

AREA DE SINCRONIZACAO DE CONTEUDO

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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

10:00 - Administração Tramal 0.5mg, Paciente queixando-se de dor intensa; Segue aos cuidados da Enfermeira, ARC

SINAIS VITAIS				
6 H	154x94	66	35°C	-
12 H	160x110	82	36°C	-
18 H	140x80	82	36.2°C	20
24 H	164x90.1	80	36.5°C	-



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

13hs Paciente apresenta dor torácica lateral esquerda. Segue aos cuidados da Enfermeira - Trócarica com 02 713

18hs Pac. no leito, realizado procedimentos de higiene SSVV, adm. med. epm. Segue aos cuidados da enfermagem - sec. B

19:05 - 02/08/2017. Administração prescrição de medicamentos, realizado exames físicos. Administração de soro no horário das 23:00h. Paciente está bem. Sem alterações. Tem. 36.5°C. 4/1/2017

4013. *W*

		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	26/08/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				<i>02-06</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				<i>SIN</i>
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				SIN
14	CURATIVO DIÁRIO				
	CIPROFLOXACINO 400MG EV. 12/12 HORAS				
17	CLINDAMICINA 600MG EV. 6/6 HORAS				<i>16/08/2017</i>
18	SE DIABÉTICO 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:**

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

ÁREA DE SINUSOIDES - IN  
CONTEÚDO



03 DEZ 2017

SINAIS VITAIS PA	FC	T	FR
6 H 151/94	59	36.5	
12 H 140/90	403	36	16
18 H 140/62	84	36.5	
24 H 159/100	80	36.5	

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

Plantão Matutino: Pac em repouso no leito acordado, orientado. Mantém-se em med. adm. mod. CRM. Sem queixas no período. Segue sob cuidado da equipe de enfermagem. *Teclatania*

401.3

		<b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>			
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
<b>DATA DE ADMISSÃO</b>		<b>DIH</b>	<b>16/ago</b>	<b>DN</b>	
<b>PACIENTE</b> ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
<b>AGNÓSTICO</b> FRATURA SUPRAINTRACONDILEANA DIREITO					
<b>ALERGIAS</b>					
<b>IDADE</b>	<b>30 ANOS</b>	<b>HAS</b>	<b>LEITO</b>	<b>401-3</b>	<b>DATA</b>
<b>ITEM</b>	<b>PRESCRIÇÃO</b>				<b>27/08/2017</b>
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				SN D
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				antes
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110.MMMHG				Rokna
14	CURATIVO DIÁRIO				SN
	CIPROFLOXACINO 400MG EV. 12/12 HORAS D2				M
17	CLINDAMICINA 600MG EV. 6/6 HORAS D2				10-22
18	<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b> <b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:</b> <b>6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML;</b> <b>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>				12-18 29-28
19					
20					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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



22:00 Trocado AVP utilizado  
 6:22 em MID. Tel Franciele  
 Coura RA, 151318

ÁREA DE SERVIÇOS - P  
 CONTEÚDO

SINAIS VITAIS	PA	PC	T	FR	MÉDICO: MARCELO MARQUES CRM 1918 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.
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	140/91	85	36°C	19	

Obs: Administrado medicações conforme  
 prescrição das 19:00 as 7:00. e aferi-  
 do sinais vitais as 22:00 e 6:00.  
 Sem intercorrência. Tel Franciele  
 Coura RA, 151318.

401-3

		<b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>			
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
<b>DATA DE ADMISSÃO</b>		<b>DIH</b>		<b>16/ago</b>	
<b>PACIENTE</b>		<b>ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA</b>			
<b>AGNÓSTICO</b>		<b>FRATURA SUPRAINTRACONDILEANA DIREITO</b>			
<b>ALERGIAS</b>		<b>HAS</b>		<b>NEGA</b>	
<b>IDADE</b>		<b>30 ANOS</b>		<b>LEITO</b>	
<b>ITEM</b>		<b>PRESCRIÇÃO</b>		<b>HORÁRIO</b>	
<b>1</b>		<b>DIETA ORAL LIVRE</b>		<b>5 N</b>	
<b>2</b>		<b>ACESSO VENOSO PERIFÉRICO</b>		<b>manh</b>	
<b>5</b>		<b>DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N</b>			
<b>6</b>		<b>TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT</b>		<b>SV</b>	
<b>7</b>		<b>PLASIL 10.mg EV 8/8h (S/N)</b>			
<b>10</b>		<b>SSVV + CCGG 6/6 H</b>		<b>10h</b>	
<b>12</b>		<b>CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS&gt; 160 E/OU PAD&gt; 110 MMMHG</b>		<b>SV</b>	
<b>14</b>		<b>CURATIVO DIÁRIO</b>		<b>eu 10h</b>	
		<b>CIPROFLOXACINO 400MG EV. 12/12 HORAS D3</b>		<b>10 22</b>	
<b>17</b>		<b>CLINDAMICINA 600MG EV. 6/6 HORAS D3</b>		<b>12 18 24 06</b>	
<b>18</b>		<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b>			
<b>19</b>		<b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:</b>			
<b>20</b>		<b>6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,</b>			
		<b>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>			
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>					

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

ATA Hospitalar

Shirley

<b>SINAIS VITAIS</b>		<b>MÉDICO: MARCELO MARQUES</b> <b>CRM: 1918</b> <b>RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.</b>	
<b>6 H</b>			
<b>12 H</b>			
<b>18 H</b>			
<b>24 H</b>			

ÁREA DE SINAIS VITAIS  
CONTEÚDO



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 Kenley Vieira 30 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 11/09/17, COM  
DIAGNÓSTICO DE fx condilo

NO DIA 18/09/17, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
OSTEOSSÍNTESE fx condilo SENDO

OPERADO PELO DR. Vitor Montalvão E DR. Vitor Amorim

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 20/09/17, ÀS 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, ÀS 08:00h, COM O  
DR. ERNAVE BRUNO

ÁREA DE SINCRONIZAÇÃO  
CONTEÚDO DE SINCRONIZAÇÃO

**ORIENTAÇÕES GERAIS:**

6/9/2017

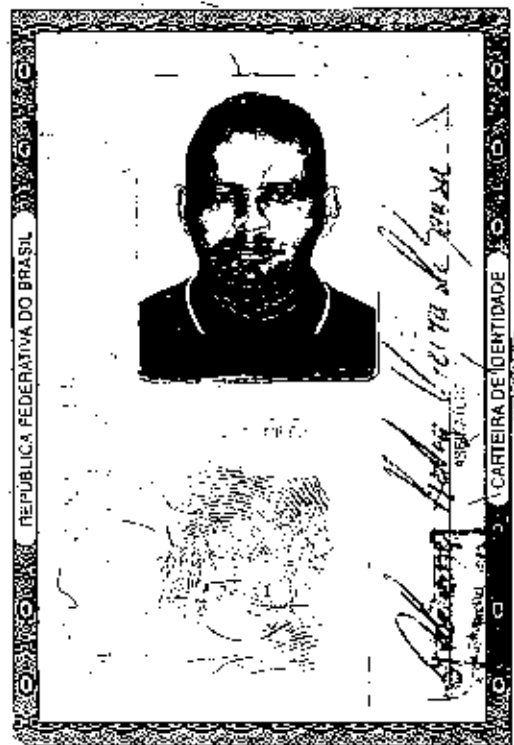
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. ERNAVE BRUNO

BOA VISTA,

20/09/17

Dr. Marcus Bruner  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 184774  
MÉDICO



Documento: 11/0012

ÁREA DE SIMS - POS - P  
CONTEÚDO

98 DEZ 2017

11/0012 - 11/0012 - 11/0012  
11/0012 - 11/0012 - 11/0012



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2360219-8 DATA DE EMISSÃO 28/07/2014

NOME ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

FILIAÇÃO ANTONIO DOMINGOS BRASIL DE SOUSA

MARLETE VIEIRA DE SOUSA

SANTAREM-PA 16/08/1987

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

DOC. ORIGEM CERT. NASC. N. 65.542 FLS. 186

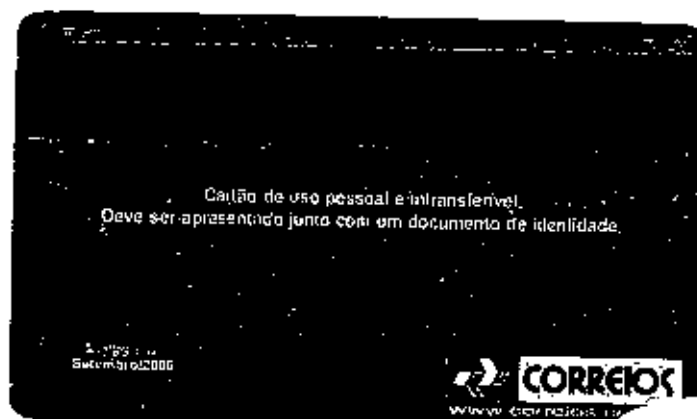
LV. 160A CART. 3. OF. SANTAREM-PA

CPS

PAC03-NSD

2A. VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



Jânia Helena  
(95) 99139-8405  
3224-6579



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Claudio Miro Vesancio de Lima,

RG nº 125446, data de expedição 1/1/,

Órgão SSP/TO, portador do CPF nº 851.270.511-68, com

domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de

Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

BR 174, nº 522,

complemento Canaima, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Adriano Kerley V. de Sousa, cujo o condutor era

Adriano Kerley Vieira de Sousa.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda / CG 125 FAN

Ano: 2007

Placa: NAO 4016

Chassi: 9C2JC30707R 192739

Data do Acidente: 10/08/17

Local e Data: Boa Vista, 20/11/2017

ÁREA DE SINISTROS  
CONTEÚDO

01/12/2017

CARTÓRIO  
LOUREIRO

Claudio Miro Vesancio de Lima

Assinatura do Declarante

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

**CARTÓRIO LOUREIRO** DR. JOZIEL LOUREIRO - TABELÃO E REGISTRADOR  
AVENIDA VILLE ROY, Nº 506 - CENTRO - BOA VISTA/RR  
TEL: (68) 3624-6977 - ATUADIMENTOS@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

RECONHECO VERDADEIRA a(s) assinatura(s)  
[2887xir07]-CLAUDOMIRO VESANCIO DE LIMA

da verdade. Boa Vista, 01/12/2017

Selo: 235 FONDE: URR: 0,24, FISCALIZAÇÃO: 0,12, FECON: 0,12, ISS: 0,12

THAYS COLTINHO WEBER-ESC. AUTORIZADA

THAYS COLTINHO WEBER  
Escriturante Autorizada  
Cartório Loureiro



**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").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

001.877.602-76

Adriano Kerley V. de Sousa

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

CPF titular da conta

Profissão

Adriano Kerley Vieira de Sousa

001.877.602-76

Tutor

Endereço

Número

Complemento

R: GAL. Penha Brasil

826

Bairro

Cidade

Estado

CEP

São Francisco

Boa Vista

Roraima

69.305-130

E-mail

Telefone (DDD)

9599153-5478

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

DIV

CONTA

NRO

DIV

AGÊNCIA

NRO

DIV

CONTA

NRO

DIV

0653

(Informar dígito se existir)

51946

(Informar dígito se existir)

7

(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 Líder 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

*Adriano Kerley V. de Sousa*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

## FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: Força Aérea Brasileira / 1º Regimento de Aviação Equipe: Tec. Jéssy / coord. Natalino  
 Paciente: ADRIANO KENLEY VIEIRA DE SOUZA Idade: 30 Sexo: M  
 Endereço: R. Bacabeno C/ Ville Roy, Caruaru  
 Nº: 13217 DATA: 16/10/17 HORA: 18:35  
 Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Dr. Jéssy

MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO 8/10-0 18/35

## MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL	MOTO:	VIOLENCIA	OUTROS
<input type="checkbox"/> Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Víctima <input type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> passageiro <input type="checkbox"/> pedestre <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão	<input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão <u>colisão moto x carro</u> <b>BICICLETA:</b> <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão animal <input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>colisão moto x carro</u>

## AVALIAÇÃO INICIAL

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
<input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstrução <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Outro: <u>E</u>	<input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> Maciez <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Otorreia <input type="checkbox"/> Otorragia <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Aparatamento alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV

## SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A. mmHg	F.C bpm	F.R bpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início <u>9:15</u>	<u>95</u>	<u>20</u>	<u>95</u>					
Fim								

## AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoco	Tórax	Abdome
<input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Olfenta <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Sece <input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Abundante <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações	<input checked="" type="checkbox"/> Fratura <u>Ass. de USO</u> <input type="checkbox"/> Amputação		

## AVALIAÇÃO CARDÍACA

## AFECÇÃO CLÍNICA

## HISTÓRIA PREGRESSA

<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fibril	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outra <u>trauma</u>	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros
---	--	---	--	--	--

GRAVIDADE COMPROVADA: ☐ ILESO ☐ SEVERA ☐ PEQUENA ☐ MORTE ☐ MÉDIA ☐ INDETERMINADA ☐ OUTRO

☐ Cancelamento  
☐ Recusa de Atendimento  
☐ Não se encontra no local  
☐ Recusa de hospitalização  
☐ Troca  
☐ Bombeiro no local:

MÚLTIPLOS MENOS AÇIONADOS  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 EM: 20/10/17  
Docimex

☐ Iniciada as: ☐ Término as:

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

☐ RCP com sucesso  
☐ RCP sem sucesso  
☐ Obs.:

Atividade / Brasil

Destino: <input checked="" type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input checked="" type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input checked="" type="checkbox"/> Coronel Mota	Cosme e Silva HCSCA Maternidade Outros

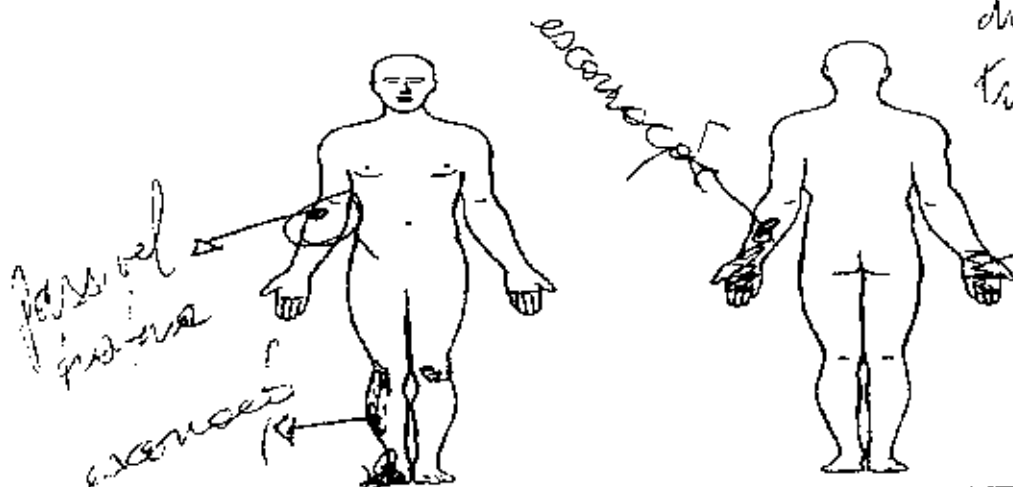
ERTE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

Última de colapso moto x cachorro encontrado de  
de cubito ~~distal~~. Verbalizando, orientado, lucido, loto  
e mesmo retirou o capacete, com possível fratura mso  
e escorço nos membros MMIS/MMSS, feito imobilizar

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Abertura Ocular	Adulto	Menores de 5 anos	Escala	Frequência Respiratória (nº/m)	10 - 24	4	
	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4		25 - 35	3	
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		≥ 36	2	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		01 - 06	1	
Resposta Verbal	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	Presença Síncope (nº/m)	0	0	
	Orientado	Beleuça	5		> 80	4	
	Confuso	Choro imitado	4		70 - 89	3	
	Palavras inapropriadas	Choro e dor	3		50 - 69	2	
Resposta Móvil	Sons ou gemidos	Gemido e dor	2	Escala de Glasgow	01 - 49	1	
	Nenhuma	Nenhuma	1		0	0	
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6		14 a 15	5	
	Localiza a dor	Retira do toque	5		11 a 13	4	
	Flexão normal	Retira a dor	4		8 a 10	3	
	Flexão anormal	Flexão normal	3		5 a 7	2	
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		3 a 4	1	
	Nenhuma	Nenhuma	1				

15

SSCV preservado. infer  
vado as náuseas regulas  
dor que incorreu ao  
trauma.



ESCORÇO

fão. Just  
com. RR  
(342249)

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	01 soro fisiológico	01 agulha 40x
Perda de líquido: _____	BCF: _____	01 gelco de	01 soro fisiológico
[ ] Com cartão [ ] Sem cartão		01 SF 500ml	02 frascos de

01 compressa  
01 soro fisiológico  
02 frascos de  
02 frascos de



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

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  
Logradouro: Ville Roy

Bairro: Nossa Senhora

Ponto de Referência: Padaria Trigos  
Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA (COMUNICANTE - VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Santarém Sexo: Masculino Nasc: 16/08/1987  
Profissão: Pintor Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Raça/Cor: Parda  
Nome da Mãe: Mariete 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 Nº: 626 Complemento: Casa  
Logradouro: Rua: General Penha Brasil  
Bairro: São Francisco  
Telefone: (95) 99143-2277 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Renavam 0925063894	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	Envolvimentos
Adriano Kerley Vieira de Sousa	Proprietário



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha  
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 27/11/2017 13:00  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

## 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 CLAUDOMIRO 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 Inacio Araujo  
Responsável pelo Atendimento

DPVAT

27 OUT. 2017

  
Adriano Kerley Vieira de Sousa  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) ou do(s) responsável(is) pelas informações acima assinadas e deito que serei responder civil e criminalmente pelo presente declaração que dá origem, conforme previsto nos Artigos 339 Denúncia em Culminação e 340 Constituição, Estatuto de Crimes do Código Penal Brasileiro."