

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: 23/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELISSON BELARMINO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03421

CONTA: 00000003279-3

Nr. da Autenticação AD578CDBD5B1F388

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180142280 **Cidade:** São João da Baliza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISSON BELARMINO DOS SANTOS **Data do acidente:** 24/10/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO.
FRATURA DE FÉMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER (PUNHO), PLACA E PARAFUSOS (FÉMUR). ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO E DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO E LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180142280 **Cidade:** São João da Baliza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISSON BELARMINO DOS SANTOS **Data do acidente:** 24/10/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO.
FRATURA DE FÉMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER (PUNHO), PLACA E PARAFUSOS (FÉMUR). ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO E DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO E LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UNIDADE MISTA DE SÃO JOÃO DA BALIZA



GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

DATA DO NASCIMENTO: 22/07/93

RG: 13894886

UF: RR

DIA MÊS ANO HORA

NÚMERO DE REGISTRO

24 10 17 05:05

CPF: 12345678901

SUS: 12345678901234567890

1 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Eliison Belarmino dos Santos Idade: 24 sexo: M
Rua/Avenida: AV. Barbara Lanciçães N°: 75 Complemento:
Bairro: Centro Municipio: _____ Estado: _____ Telefone: 99904-6056
Filiação: Pai: João Alves das Santos
Mãe: Isacilide Belarmino da Silva

2 DO ACIDENTE

RESIDENCIA VIA PÚBLICA TRABALHO TRANSITO OUTROS

3 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA

TRANSPORTADO DE AMBULANÇIA REMOVIDO

4 TIPO DE ACIDENTE

TRAUMÁTICO QUEIMADURA ENVENENAMENTO CHOQUE ELÉTRICO OUTROS/DESCREVER

5 SE ACIDENTE DO TRABALHO: ESPECIFICAR

PROFISSÃO:

DIA	MÊS	ANO	HORA	OBSERVAÇÕES
				<u>SABEMI SEGURADORA 9/1</u>

6 DOENÇA OCUPLICIONAL

SIM NÃO QUAL (ESPECIFICAR)

27 MAR. 2018

RECEBIDO

7 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

ESPECIALIDADE:

RESUMO CLÍNICO:

*ACIDENTE ESTAVA CONDUZINDO UMA MOTO E
BATEU CONTRA UMA JACARE + 00h
NO MOMENTO INCONSCIENTE, PUPILLAS DILATADAS E FONDO OCULAR
FAINTURA FORA ESQ. ESTAT. Y IN ANTERIORA DIREITA*

EXAME FÍSICO:

84.013.408/0001

UNIDADE MISTA DE S. J. DA BALIZA
BR 210 SAN. - CENTRO

CEP 69375-000

DA BALIZA - RR

RESULTADOS DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO)

DIAGNÓSTICO

PROVÁVEL:

DEFINITIVO:

Alvo Ferreira

8 DESTINO DO PACIENTE

REMOCIDO PARA:

INTERNADO NO:

ALTA RESIDENCIA COM ORIENTAÇÃO SE AFASTADO DO TRABALHO, QUANTOS DIAS? ()

DATA	RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO
<u>24/10/17</u>	<u>De Bemge</u>	<i>Fábio L. F. Kliusky BARRETO MÉDICO CRM 1001</i>

NOTIFICA/

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



1700856153	25/10/2017 01:48:22	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-	5	
Paciente ELISSON BELARMINO DOS SANTOS		Data Nascimento 22/07/1993	Idade 24 A 3 M 3 D	CNS	CPF 07	Prontuário 163041	
Tipo Doc IDENTIDAD	Documento 389488	Órgão Emissor SSPRR	Data Emissão 21/01/2015	Sexo M	Estado Civil SOLTEIRO(A)	Raça/Cor PARDA	
Mãe LUCINEIDE BELARMINO DA SILVA				Pai IVO ALVES DOS SANTOS		Naturalidade BOA VISTA - RR	
Endereço RUA - BARBARA CONCEIÇÃO - 000 - BOA VISTA - RR					Contato (95) 99904-6056	Ocupação	
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira		Validado	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	
Setor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada AMBULANCIA (HOSPITAL)			Procedimento So.		Pressão	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem						GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) PCT com curto de súbito. C/ leitos de celas morto x 100.							
Exame Físico Coletivo comum. Pupila FPI. Pálidos + CE + confuso							
Hipótese Diagnóstica	PR. 118 x 70 RR PC. 103						
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input checked="" type="checkbox"/> TC <input checked="" type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
PREScrição						APRAZAMENTO	SABEMI SEGURADORA S/A 27 MAR. 2018
Conduta	Alta por Decisão Médica Alta a Pedido Alta a Revelia Transferência para:					CRM-R 1883 Ambulatório Observação (Até 24h) Internação Data e Hora da Saída/Alta: 1/1/2018	
Óbito						Data de Falecimento: _____ Local de Falecimento: _____ Causa da Morte: _____	
Assinatura do Paciente ou Responsável						Carimbo e Assinatura do Médico Pracolagia	
Impresso por: atlas.gonzaga Data Hora: 25/10/2017 01:51:36						 1700856153	



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE Flássion de Souza Moreno dos Santos 24A		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA 25/10/117	
CIRURGIA					
TIPO Tracção Transequiaxial Fémur (R) <i>Rectus Femoris</i> <i>Tendo do Agudo</i>		INICIO 03:45	FIM 04:00	TEMPO DE DURAÇÃO TEMPO TOTAL	
CIRURGÃO Dr. Gólio Enrique		EQUIPE MÉDICA			
2º AUXILIAR	ANESTESISTA:		— —		
3º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:				
4º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
TIPO DE ANESTESIA: <i>General</i>		CIRCULANTE <i>Wolman, Souza e Gilberto</i>			
TEMPO DE DURAÇÃO:					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	0,9250 M
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS <i>Penrose</i>			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURINº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCCIÓN Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA05 ML			KIT CATARATANº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA20ML			FITA CARDIACA	
	ATadura Crepon 20cm			OUTROS:	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
STRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE <i>Enf. Rose Maria</i> <i>Enf. Virgínia</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS		
INSTRUMENTADOR (A)			SUB- TOTAL		
INSTRUMENTADOR (A)			TAXA DE SALA		
INSTRUMENTADOR (A)			TAXA DE ANESTESIA		
INSTRUMENTADOR (A)			SOMA		
INSTRUMENTADOR (A)			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

ELISSON BELORRUMINOK
117-21



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE		Elisson Belorruim	
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	25/10/17
ÍTEM	PREScrição		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		Saud
2	SF0,9% 500ML EV 24/24h		04:30 - 16:30
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA		10
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA		06
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		S/N
7	DIPIRONA 2M EV DE 6/6H SN		S/N
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		S/N
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		Atenção Robina
10	SSVV + CCGC 6/6 H		
11	CURATIVO DIÁRIO		M
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
<p><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 PLANTONISTA</p>			

Salvador Prosp

Ítem 5 NÃO realizados por não ter no Fone

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 483

	T	PF	PA
6 H	36,0	69	172x88
12 H	37,2	66	122x74
18 H		88	124/72
24 H		80	119x69

Residente de Ortopedia e
Traumatologia



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE		Elizete Belarmino		
DIAGNÓSTICO				
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE		LEITO	DATA	
ÍTEM	PREScrição			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			5/05
2	SF0,9% 500ML EV 24/24h			7/05
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA			10/05
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA			06/05
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			
7	DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN			
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
10	SSVV + CGG 6/6 H			20/05
11	CURATIVO DIÁRIO			
12	Cefalotina 1 gr 6/6 EV 18/05-20/05			
13	Cefalotina 1 gr 6/6 EV 18/05-20/05			
14				
15				
16	30/10			
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: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

Realizado

Glicose 100 mg/dL
Policlínica
CRP 26/04/2010

26/05/2010, Belo

Obs: Administrar as medições de horário OPM, verificando SSVV → Tcc. Mariana

24:00 Calmo, Acamado, Acedendo, nega alergias, dietas + medicação
pós de horário — Helo

Heloisa Faria
Téc. Enfermagem
CÓREN-RR 0084300-11

Residente La Rosa
CRM-RR 463

6 H				
12 H	102x65	85	-	36°C
18 H	130/80	84		
24 H	110/70	86		36°C

Residente de Ortopedia e
Traumatologia



117-09

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



PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE	<i>Eugenio Bellorino</i>		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	<i>29/10/17</i>
ÍTEM	PREScriÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		<i>SW</i>
2	SF0,9% 500ML EV 24/24h		<i>Z</i>
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA		<i>10h</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA		<i>10h</i>
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		<i>SW</i>
7	DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN		<i>SW</i>
8	TRAMAL 100MG + SF 1,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		<i>SW</i>
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		<i>SW</i>
10	SSVV + CCGG 6/6 I.		<i>Nota</i>
11	CURATIVO DIÁRIO		<i>W</i>
12	<i>Oxatolox 1 gr 6/6 EV</i>		<i>11h-12h</i>
13			
14			
15			
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; \geq 400: 10 UI E OU GLICOSE \leq 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

886, 10889
Afebril

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 483

6 H				
12 H	130	80	71	36,5°C
18 H				
24 H	120	80	68	37,6°C

06:00 hr 130X80 70 35,5°C

Residente de Ortopedia e
 Traumatologia



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	ELY Fer BECANNIRU		
DIAGNÓSTICO	Fratura Femur e Múlt		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	21	LEITO 107-9	DATA 01/11/17
ITEM	PREScriÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		06/12/17
2	SF0,9% 500ML EV DE 8/8HS		14/12/17 06
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H /purpura		06/12/17
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H		
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA		06/12/17
6	DIPICLINA 1 AMP EV 6/6H		14/12/17 06
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN		06/12/17
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		06/12/17
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H		14/12/17 06
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		06/12/17
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		06/12/17
13	CURA! VO DIARIO		
14	SSVV + CCGG 6/6 H		06/12/17
15			
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:			
Paciente entrou cirurgia crurais			

Jesus A. Lopez Aguirre
Médico
CRM-RR 565

		TP	FC
6 H	100x100	36°	68
12 H	15x10	36°9	73
18 H	12x10	36°7	72,5
24 H	12x10	62	36,5

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 21/11/17 O.S. _____

Elzai Belorrua

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fr luxação Pecto D

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

Desosteles Pecto D

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Dr. Evaro

1º AUXILIAR:

Dr - Jesus

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

A segm - Artroscopia

Alvo: Esponja

360 visualizado fluoroscopio e

feita redução de Fr luxacao

do Pecto D

estabilizado com 02 Fios de

Kirschner

Fixação

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463

Jesus Aguirre
Médico
CRM-RR 566



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 02/11/17 O.S. _____

Eugenio Boloniu

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fractura Femur

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO: *Osteosíntese Femur*

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTA:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Tucosão fatorial Femur
- Dissecção & Placas
- Encosta 3º Fr. seguindo ao 1/3 Prox
- Femur Fr. seguindo volta proximitor
- Redução
- Estabilizado com Placa DCP
- 12 Placas + 05 Parafusos

J
Jesus A. Lopez Aguirre
Médico
CRM-RR 566

C
Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Elison Belarmino		112-2		02 111 117
CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO		
TIPO		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
ab. Fratura de fêmur () + punto ()		09:20	12:15	
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIA		ANESTESISTA: 08:25 Dr. Fabio, Dr. Magno		
1º ALUXILAR		RES. ANESTESIA: Fabio, Daniel		
2º ALUXILAR		INSTRUMENTADOR:		
CIRCULANTE				
Fabio, Secretaria				
TEMPO DE DURAÇÃO:				
TIPO DE ANESTESIA:				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
100	FOLHAS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml
100	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
100	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOLADO
100	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL N° 0
100	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON N° 1-0
100	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°
100	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°
1	LÂMINA BISTURI N°			FIO CATGUT SIMPLES N°
1	ERENO DE SUCÇÃO N°		1	FIO CATGUT CROMAL N° Resina 1-0
1	ERENO DE TORAX N°	1000	1	FIO PROLENE N°
1	ERENO DE PENROSE N°	1000	1	FIO SEDA N° 6-0
100cm	SERINGA 01ML	1000	1	SURGICEL 1000ml
100cm	SERINGA 03ML	1000	1	CERA P/ OSSO
7	SERINGA 05 ML	1000	1	KITCATARATA N°
1	SERINGA 10ML	1000	1	GEOFOAM
1	SERINGA 20ML	1000	1	FITA CARDIACA
1	Algodão	1000	150ml	OUTROS: Algodão 70%

MATERIAIS E MÉDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA CCC DO PACIENTE	VA
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>SLCine</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB- TOTAL
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA	SOMA
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

SAII - SISTEMATIZAÇÃO DA ASS

CENTRO CIRÍCOLOS/SA

卷之三

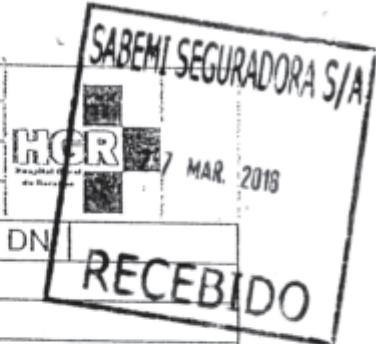
正
統
志
卷
之
三
三

NAME: William Edmonson - (117-027)

Atumisado do Lc os 13. com ~~WW~~
Me Moisés Kogién
Enfermeiro
COREN/RR 165143



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



DATA DE ADMISSÃO		PRESCRIÇÃO MÉDICA		DIH	DN	RECEB	
PACIENTE	<i>Elison Belarmino</i>						
DIAGNÓSTICO							
ALEGIAS				HAS	DM2		
IDADE				LEITO	DATA		
ITEM				PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						SND
2	SF 0,9% 500ML EV DE 8/8HS						04-28-06
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H						04-28-06
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H						04-28-06
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA						04-28-06
6	DIPERYDINA 1 AMP EV 6/6H						04-28-06
7	TRAMADOL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN						SN
8	PLASMA 10 mg EV 8/8h (S/N)						SN
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H						04-28-06
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 10 MMHG						04-28-06
12	SIMEPREDONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						SN
13	CURSO VO DIARIO						Realizar
14	SSVY + CCGG 6/6 H						Rotina
15							
16	<i>Of profloxacino 400 mg 12/12</i>						
17							
18							
19							
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESG-IFMA: 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:							
<p><u>Pela anamnese</u> alteração !!</p> <p>→ Vaginite bacteriana!</p> <p>Fato de maf 40mg no espaço subvesical + bula 0.5% 12mg = 10-15.</p> <p>Observar FR elevada à FR ≤ 8 respirações/min, ou seja, planteo nível de ansiedade. Dá-se 01 ampola de Naxxan 10.4mg juntamente ao maf de oxigênio dextal. Fazer 01 ml da solução. Observar FR = se necessário repetir a d</p>							
6 H	120x70	60/30	FR	T			
12 H		Alberto P. M. Herrera Anestesiologista CRM-RR 301	22	36			
18 H	110x75		29	36.8°C			
24 H	120x80	01	26	37			
							MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

**MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.**

03/11/12 ~~Mr~~ on ~~Indoor~~
Jesus A. Lopez A. Mure
open & curtain

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECIONADA COM RECURSOS DO FGTS - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

SABEMI SEGURADORA S/A

27 MAR. 2018

RECEBIDO

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



ELISSON BELARMINO DOS SANTOS

FILIAÇÃO: IVO ALVES DOS SANTOS

LUCINÉIDE BELARMINO DA SILVA

NASCIMENTO: 22/07/1993

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO: R.G. 38804886 SSP RR 21/01/2015

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 539.076.042-53

CNH: 05890206003

SECÇÃO: 0104

ZONA: 004

TIT. ELEITOR: 004350232658

LOCALIDADE DE EMISSÃO: SRTE/RR - 13/04/2016

Assinatura do Emissor

Assinatura do Servidor



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSP-PRSP

160.99896.78-4

NU. CAD.

3751548

0050

RR

Elisson Belarmino dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

DISPONÍVEL PARA CONSULTA



ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FISSÃO

DATA DE NASC. DE: 11/11/1993 PARA: 11/11/1993

DOCUMENTO:

ASSINATURA E CARIMBO DO SISTEMA

NOME:

DOCUMENTO:

ASSINATURA E CARIMBO DO SISTEMA

NOME:

DOCUMENTO:

ASSINATURA E CARIMBO DO SISTEMA

NOME:

DOCUMENTO:

ASSINATURA E CARIMBO DO SISTEMA

LEGENDA

A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEJUDICIAL D -ADOÇÃO F - MILITARIA VOLUNTÁRIA



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
539.076.042-53

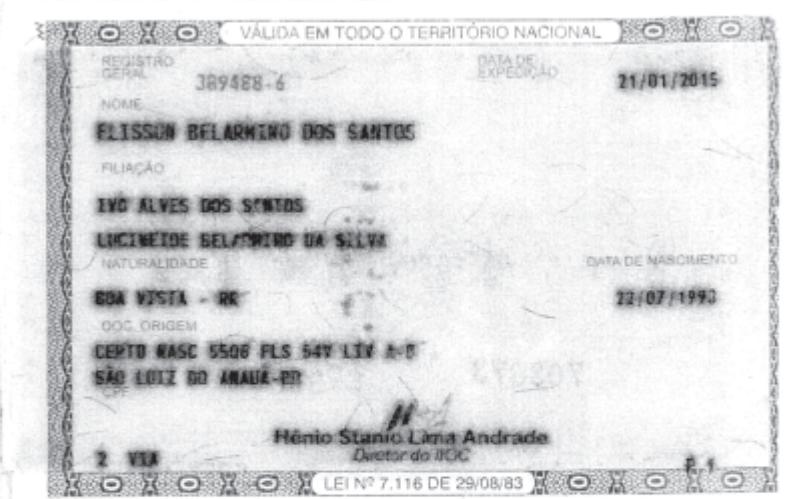
Nome
ELISSON BELARMINO DOS SANTOS

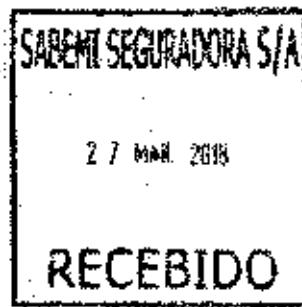
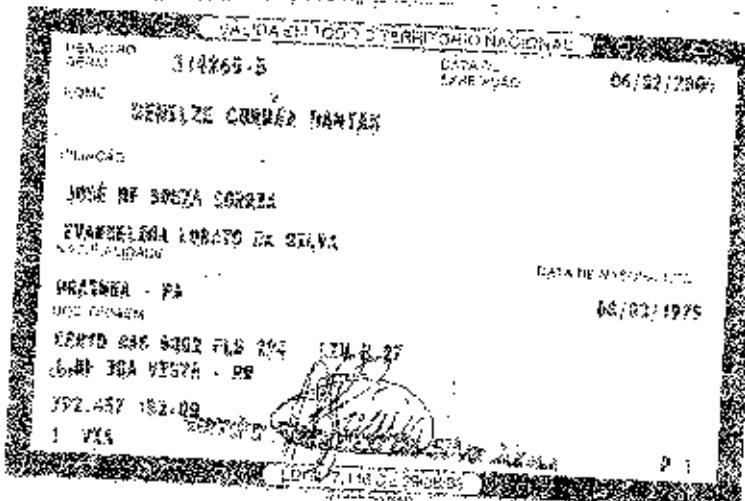
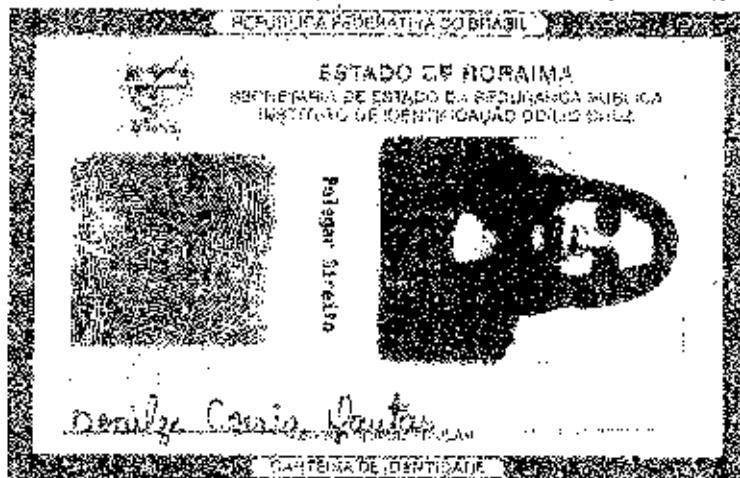
Nascimento
22/07/1993

SABEMI SEGURADORA S/A

27 MAR. 2016

RECEBIDO







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOÃO DA BALIZA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



DADOS DO REGISTRO DA OCORRÊNCIA

BOLETIM N° 920/2017	DELEGADO: FERNANDO ALVES DA CRUZ
DATA: 30/10/2017	ATENDENTE: Zenilde Guilherme Teixeira Lima
HORA: 09:00h	LOCAL, DATA E HORA: BR 210, entre Caroebe e Baliza, próximo a fazenda Chaparral, em 24/10/2017, por volta das 20:20h

DADOS DO COMUNICANTE

NOME: Adenilson Antonio de Souza	RG: 173.627 SSP/RO	CPF: 192.139.212-68
END: Av Bárbara da Conceição, 76 – Centro Caroebe		

DADOS DA VITIMA

NOME: ELISSON BELARMINO DOS SANTOS	
END: O MESMO DO COMUNICANTE	
FILIAÇÃO: Ivo Alves dos Santos e de Lucineide Belarmino da Silva	
GRAU DE INST: Ensino Médio	APELIDO: "Júnior"
COR / IDADE: Parda/ 24 anos	PROFISSAO: Atendente de comércio
DATA DE NASCIMENTO: 22/07/1993	FONE: (95) 98805-8969
NATURALIDADE: Boa Vista-RR	

DADOS DO ACUSADO

NOME: RG: SSP: CPF:
END:
FILIAÇÃO:
GRAU DE INST: APELIDO:
COR/IDADE: OCUPAÇÃO:
DATA DE NASCIMENTO: FONE: (95)
NATURALIDADE: UF: NACIONALIDADE:

SABEMI SEGURADORA S/A

27 MAR. 2018

RECEBIDO

DADOS DA INFRAÇÃO

CÓD. INFR.	INFRAÇÃO	QUALIFICAÇÃO
A TIPIFICAR		

Breve relato do fato; O Comunicante acima qualificado veio informar do acidente ocorrido com seu filho no dia e local acima mencionados; Que a vítima seguia no sentido São João da Baliza/Caroebe, pilotando sua MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ESD CHASSI 9C2KD03108R020981, ANO 2008, DE COR PRETA, PLACA NAR-7024, COM DOCUMENTAÇÃO EM NOME DE ANTONIO CARLOS GOVEA DOS SANTOS, quando de repente avistou um animal (vaca), no meio da pista, vindo a colidir com o animal e cair fora da estrada, já desmaiado; Que, a vítima foi socorrida para o Hospital do Baliza, e em seguida levado para o HGR em Boa Vista onde está aguardando para realizar cirurgia, pois teve braço e perna fraturados; Que, a vítima é habilitada. Era o que tinha a comunicar.

Adenilson Antonio de Souza

COMUNICANTE

Decio

ATENDENTE

AVISO: 1 – SOLICITAMOS QUE CASO OBTENHA NOVAS INFORMAÇÕES QUE AJUDEM NAS INVESTIGAÇÕES COMPAREÇA A ESTA DELEGACIA;

AVISO: 2 – O comunicante é responsável pelas declarações prestadas, sujeito às penas arts. 339 (Denúncia Caluniosa) e 340 (Comunicação falsa de crime) do CPB.

RESERVADO PARA DESPACHO DA AUTORIDADE POLICIAL

- Fato Atípico (Arquivar); Intimar comunicante; Aguardar audiência agendada;
 OM ao SO, relatório em _____ dias – APC _____; Aguardar novos fatos ou representação;
 Outra(s) providência(s): _____
 Elabore-se _____ art(s). _____

Delegado(a) de Polícia Civil

DO
MUNICÍPIO

PREFEITURA MUNICIPAL DO ANGRAZÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA - SAMU - 911



FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: BRAVO (Ex: Bento)

EQUIPE: Edilson / Carlos

Paciente: Edilson Silveira mine dos Santos

Idade: 44 anos

Naturalidade: Raposa Breiro, Negro, Pardo, Branca, Indígena, Fixa

Endereço: Rua Barbosa de Oliveira, N° 73 Centro - Carreia

Porto de referência: Transporte hospitalar

Local de Ocorrência:

DATA: 29/10/07

HORA DO ACIONAMENTO: 21:40

Médico (f) Regulador (f):

HORA CHEGADA AO LOCAL (h): 22:00

MOTIVO:

TRANSPORTE / TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR / JAPONE

OUTROS:

EXCEPCIONAL

TRANSPORTE DE PACIENTES DE CONSULTA

EXCEPCIONAL

ACIDENTE

ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE

INTOX

INTOXICACAO

INTOXICACAO

CHOCO

CHOCO

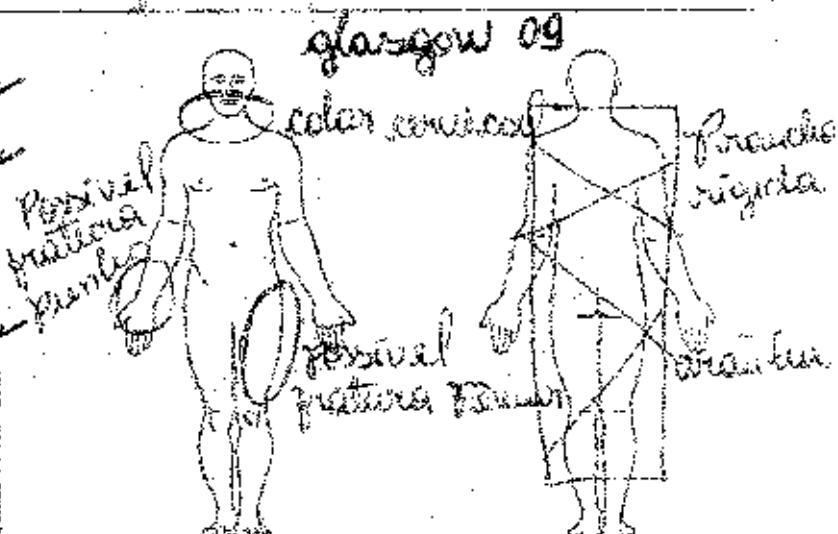
CHOCO

INTO

TERCEIRO DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Ponto de Receptor:
TERMO DE CONSENTIMENTO	Assinatura do Receptor:
	Declaro para os devidos fins que estou recebendo o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/MS que visto, nesse oportunidade:
	Assinatura do Receptor: _____ RG: _____

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
Q. gestação:	Movimentos fetais:		
Período de trabalho:	BOF:		
<input checked="" type="checkbox"/> Trabalhando	<input type="checkbox"/> Desenvolvida		

1) Nível de consciência:	2) Motivação:	3) Escala de Glasgow:
Está na cama.	Estimulável.	14 pontos
Estimulável.	Estimulável.	12 pontos
Sensível.	Sensível.	10 pontos
Responde a estímulos.	Responde a estímulos.	8 pontos
Responde a dor.	Responde a dor.	6 pontos
Responde a dor.	Responde a dor.	4 pontos
Responde a dor.	Responde a dor.	2 pontos
Responde a dor.	Responde a dor.	0 ponto
4) Escala de Glasgow:	5) Escala de Glasgow:	6) Escala de Glasgow:
14	12	10
7) Escala de Glasgow:	8) Escala de Glasgow:	9) Escala de Glasgow:
14	12	10



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Paciente de trauma sofreu um acidente de moto com animal (vaca), caiu, e mesmo encontrando-se em decíduo devido, inconsciente, suspenso com pés e garras, levigando a dor, com perda de patina, não temer sequerendo a matura no punho direito, sem "a pele pálida, foi levado para cervical, parâmetro rígido e parâmetro, imobilizado os membros no hospital de Belo Horizonte, plantarflexa ligou para reabilitação no dia 13, e dia 16 de outubro 1300h para fazer o transporte de paciente.



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antônio Carlos Govêa dos Santos,
RG nº 258.3648-B data de expedição 24/10/17,
Órgão SESPRR portador do CPF nº 858.860.252-00 com
domicílio na cidade de Garraébil, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Amazônia, nº 108,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Elisson R. D. Santos cujo o condutor era
Elisson R. D. Santos.

Veículo: McLaren
Modelo: Honda Fit 1.50 B POS FWD
Ano: 2008
Placa: NAR 7024
Chassi: 85886025200
Data do Acidente: 24/10/17
Local e Data: BR-210 24/10/17

Antônio Carlos Govêa dos Santos
Assinatura do Declarante

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

REGISTRO DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS, PESSOAS JURÍDICAS, REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS, TÍTULO UNÍCITO DE NOTAS E PROTESTO DE SÃO LUIZ DO AMAPÁ/RR | Sociedade Registradora e Notária Titular, TÍTULO NOTÁRIO PESSOAL
Rua Transversal Rodoviária, 914 – Centro – CEP: 69320-000 – São Luiz do Amapá / RR – Telefones: (95) 3332-1706 / (95) 33882-0000

RECONHECIMENTO

Reconheço a assinatura por SEMELHANÇA de:
(1)ANTONIO CARLOS GOVÉA DOS SANTOS São Luiz,
06 de dezembro de 2017.

JOVANE OLIVEIRA ALVES

Jeovane Oliveira Alves
Substituto Legal



SABEMI SEGURADORA S/A

27 MAR. 2018

RECEBIDO

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

539.076.042-53

Nome completo da vítima

ELISSON BELARMINO DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	ELISSON BELARMINO DOS SANTOS	CPF titular da conta	539.076.042-53	Profissão	ATENDENTE DE COMÉRCIO
Endereço	RUA: B CONCEIÇÃO	Número	S/N	Complemento	Casa
Bairro	CENTRO	Cidade	CAROÉBE	Estado	RR
Email	elissonbelarmino . Pendencia @ hotmail . com				Telefone (DDD) 095/99117-5392

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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
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	

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.: 3421 D/V: 5279 CONTA NRO.: 5
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO.	
AGÊNCIA NRO.	D/V.	CONTA NRO.	D/V.
(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. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

SABEMI SEGURADORA S/A

BOA VISTA / RR 20 de Março de 2018
Local e Data

27 MAR. 2018

Elisson Belarmino dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO



SABEMI SEGURADORA S/A

27 MAR. 2018

RECEBIDO