

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: 16/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CONCEICAO DAIANA DA SILVA CASTRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 00000003853-4

Nr. da Autenticação EFB8D8AFB41EAB77

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170503082 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CONCEICAO DAIANA DA SILVA **Data do acidente:** 07/10/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
CASTRO

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO COM FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA

Descrição do exame APRESENTA ALTERAÇÃO ANATÔMICA EM PERNA DIREITA, INSTABILIDADE PARA SUSTENTAR O PESO SOBRE O
médico pericial: MEMBRO INFERIOR DIREITO E DIFICULDADE PARA REALIZAR O AGACHAMENTO

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DE PERNA DIREITA, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA DURANTE 8 MESES, COMPLEMENTANDO COM FISIOTERAPIA. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO MORFOFUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2017

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU MODERADO.

Médico examinador: REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO

CRM do médico: 1032

UF do CRM do médico: RR

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

Médico revisor: Dante Valdetaro Bianche

CRM do médico: 52.77331-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Willison Linocon Granjeiro Santana

RG. N° 269792 data de expedição 13/04/16, Órgão

Expedidor SSP/RR, portador do CPF nº 885.380.102-63, com domicílio na
cidade de Boa Vista, no Estado Roraima, onde resido na
(Rua/Avenida/Estrada) Rua Presidente nº 53

Bairro Equatorial, declaro, sob

as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima:

Conceição daiana silva Costa, cujo o condutor era
Willison Linocon Granjeiro Santana

Veículo	<u>Honda CG 150</u>
Modelo	<u>F&M ES01</u>
Ano	<u>2011</u>
Placa	<u>NAW 2545</u>
Chassi	<u>9C2K61680BE534188</u>
Data do Acidente	<u>07/10/2016</u>

15 SET 2017

Local e Data:



Willison Linocon G. Santana

Assinatura do Declarante



Willison Linocon G. Santana

Assinatura do Condutor

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

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Antônio de Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Avenida Presidente Vargas, 1300 - Centro - Boa Vista/RR
Fone: (65) 3222-1160
e-mail: daniel@cartorio2oficio.com.br

DANIEL
AQUINO
Tabelião
Recomendação por Verdadeira e(s) Firma(s) Autenticação
ATTESTANTE: Willison Linocon Granjeiro Santana

Do dia 07 de Boa Vista, 19 de Julho de 2017
- Daniel Antônio de Aquino - Tabelião
- Camila Rietz - Escrivãe - Autenticação
MBN. Em testemunha:
Emolumentos: R\$ 4,00 - Fundostiffs: R\$ 1,20 - Total: R\$ 5,30

Plata 310

BLOCO B

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

Visto por:

H. G. R.

2016

1600664798	07/10/2016 14:17:47	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19	24															
Paciente CONCEICAO DAIANA DA SILVA CASTRO		Data Nascimento 23/04/1986	Idade 30 A 5 M 14 D	CNS	CPF 81290853215	Pronunciário 15/153																
Sexo F	Órgão Emissor IGNORADO 250307	Data Emissão	Estado Civil CASADO(A)	Reça/Cor SEM	Naturalidade BOA VISTA - RR																	
Mãe MARIA DAS DORES HENRIQUE DA SILVA			Pal	INFORMAÇÃO Contato (95) 99115-4233																		
Endereço RUA - JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE - 982 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR				Ocupação NÃO INFORMADA																		
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal																	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão																
Setor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.				Registrado por: ARDA.NASCIMENTO															
Querida Principal	_____			_____		_____																
_____				_____		_____																
Anamnese de Enfermagem				GSC		TOTAL																
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		10																
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ h)																						
<p>at. auto, d. Dor m.d Fratura esporta ossos para quadri. Superior esquerda perif. (+)</p>																						
Exame Físico																						
<p>Fratura esporta ossos para quadri. Superior esquerda perif. (+)</p>																						
Hipótese Diagnóstica																						
<p>Trauma AV. Ortopedias</p>																						
SADT - Exames Complementares																						
<p><input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:</p>																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRESCRIÇÃO</th> <th>APRAZAMENTO</th> <th>OBSERVAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1) medicina 10g AD - 961</td> <td>5a/1435</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2) reumatiz 20g + 3u</td> <td>1435</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3) Poliflorina 1g</td> <td>1420</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4) GTF 0,5ml (s.c.)</td> <td>1420</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	1) medicina 10g AD - 961	5a/1435		2) reumatiz 20g + 3u	1435		3) Poliflorina 1g	1420		4) GTF 0,5ml (s.c.)	1420	
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO																				
1) medicina 10g AD - 961	5a/1435																					
2) reumatiz 20g + 3u	1435																					
3) Poliflorina 1g	1420																					
4) GTF 0,5ml (s.c.)	1420																					
Conduta																						
<p><input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revisão <input type="checkbox"/> Transferência para: _____</p>																						
<p><input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Horário Salida/Alta: / /</p>																						
Óbito																						
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica																						
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico																		
<p>Impresso por: eduarda.nascimento Data/Hora: 07/10/2016 14:20:11</p>				<p>1600664798</p>																		

110919

29/09/2019 Dr. Vitor Marques

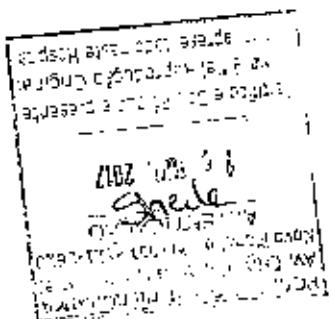
Exame clínico e anamnese de paciente com suspeita de infarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca.

Exame clínico: (1)

Exame clínico: (2)

Exame clínico: (3) ϕ anamnese medicamentosa

Dr. Helder Soares
Médico Reclamante
Interno e oftalmologista
Nº 112





BOLETIM OPERATÓRIO

Tarcísio Dourado da Silva

Data: 07/06/36. O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta da tibia aberta

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Tratamento cirúrgico da fratura exposta da tibia

TIPO DE INTERVENÇÃO: Uníngua

INDICAÇÕES E ACIDENTES: 0

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: o mesmo

CIRURGIAO: Dr. Vitor Mendonça

1º auxiliar: Dr. Fernando Pachet.

2º auxiliar: Dr. Ferreira

INSTRUMENTADORA:

3º auxiliar:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Foi feita em DRG sob anestesia.
- (2) Assepsia, antisepse e colocação de varas cirúrgicas.
- (3) Excisão da lesão primária, lavagem exaustiva com 5000 ml. de生理盐水.
- (4) Reconstrução da fratura sob visualização direta + fixação com fixador externo. Biavante.
- (5) Lavagem.
- (6) Sutura.
- (7) Curativo.
- (8) LPA.



FICHA DE ANESTESIA

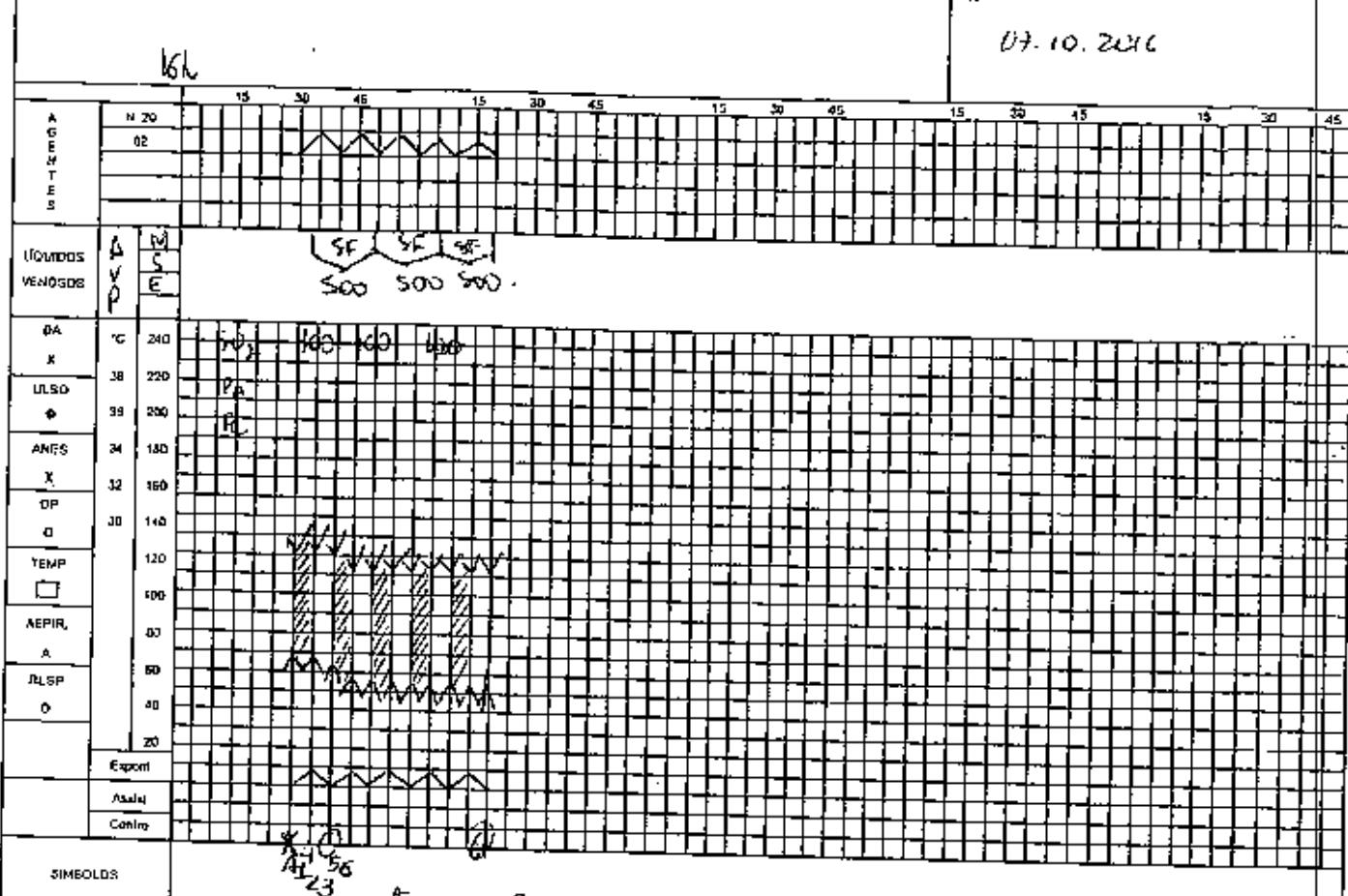
Wenevá Dávone do Silva,

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

16h

Nº

07.10.2016



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTACÕES
A. Midazolam 5mg		Préoperatório laringe	XA: Monitorização + cateter nasal
B. Fentanyl 100mcg		Préoperatório laringe	1. Socorrer
C. Ceftriaxone 2g		Ventilação espontânea + cateter nasal Dr	2. Antisseptico faringe + ócio no corpo
D. Glutaraldeído 600ml			3. Puncão da epóca subaracnóidea em LA 1/13, perirectal, tbc e hir
E. Glicorrubato 240ml			normotensivo
F. Bupivacaína 0,5% 14ml 15mg			4. Anestesia 0,7% 15mg
G.			5. B
GLICOSE	LÍQUIDOS 1500ml		6. Ceftriaxone 2g + clindamicina 600 + glicorrubato 240mg
NOCO			7. Início anest.
SANGUE		cateter nasal	8. Encerrado a SRA
TOTAL 1500ml		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO		S0min	

ANESTESIA Dr Fabiano / Dr Fidowka)	CÓDIGO	CIRURGÃO Dr Mícol Montenegro	PERDA SANGUÍNEA 00mp.
---------------------------------------	--------	---------------------------------	--------------------------

oss: Relevo de ART no pulso (sic)

Dr. Mícol Montenegro
Anestesiologista
CRM 311

18/10/2016
08:00 - 10:00

15 SET 2017

ANESTESIA
Dr Mícol Montenegro

HOSPITAL MUNICIPAL DE RORAIMA
Av. B-3, Edvaldo Gomes, S/N
Novo Progresso Tel (65) 2121-0820
AUTENTICO C/LO
9/10/2017
Silva
Certifico e dou fé que a presente
é a cópia e Réplica Digital
que foi apresentado neste Hospital



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE CONCEIÇÃO DAVIANA DA SILVA		15:30 A	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA 07/10/16	
CASTRO		CIRURGIA				
TIPO FIKADOR EXTERNO TIBIA (0)				TEMPO DE DURAÇÃO		
		INICIO 16:45	FIM 17:35	TEMPO TOTAL		
CIRURGIÃO DR VITOR		EQUIPE MÉDICA				
1º AUXILIAR R3, EMNALDO		ANESTESISTA: DR. FABIAN	RES. ANESTESIA: R1. FABIAN			
2º AUXILIAR R2. Bruno + R1. ELDER		INSTRUMENTADOR				
TIPO DE ANESTESIA: NOXA		CIRCULANTE OUANGE				
QUANT.		MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1		PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		18	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500ml	
1		PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1		LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1		LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
1		LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N° 2.0	
1		LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
1		LUVAS P/ PROCEDIMENTOS TAN. M			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
1		LÂMINA BISTURI N° 91			FIO CATGUT SIMPLES N°	
1		DRENO DE SUCÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
1		DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
1		DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
1		SERINGA 01ML		1	SURGICEL ELETRODOS	
1		SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSO CATETER 06	
1		SERINGA 05 ML		1	KIT CATAKATA N° 16 P/ 10	
1		SERINGA 10ML		1	GEOFOAM ALCAL 70%	
1		SERINGA 20ML		1	ELHA CARDIAGA ESCOVA NEG	
1		AGULHA P/ NOXE N. 07		1	OUTROS: AGULHA C/ PONTO 20	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS						
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Rebeca					
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA					

ORTOSINTSE INDE COM LTDA
Av Nelson Pannier Travassos, 661 - CEP 02930-060
Tel: 5511 39484020 - FAX 5511 39484010
Email: www.ortosintese.com.br

Ref.: 4747/02 **Lote: S11216** **Quant.: 1 pc**

FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300MM
FIXADOR EXTERNO LAY FIX
FIKADOREXTERNO
Registro ANVISA N.º 102237.0095
MP AISI 304 ASTM F138 ALUMINIO

4747/02 18 4747/02 19 Uso Único CE 0434

European Authorized Representative: Cofera
Bd Génova 100/102
1030 Brussels, BELGIUM
Tel: +32 2 782 59 54 Fax: +32 2 732 60 03 e-mail: info@cofera.be
Rep. Venezuela: L.P. R.B.
Rep. Técnico: CARLOS J. NARANJO/CEPAN 350182673



ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome CONCEIÇÃO DAUANA DA SILVA
Cirurgião Responsável DR. VITÓRIO CASTRO

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

() PACIENTE CONFIRMOU

- Identidade
- Sítio Cirúrgico
- Procedimento
- Consentimento

() RISCO CIRÚRGICO

- Aplica
- Não se Aplica

() SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA

() VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

() OXIMENTRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALÉRGIA CONHECIDA

- () Não () Sim

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- () Não

() Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml

- () Não

() Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

PIAGUE/03/14/14

Data: _____ Assinatura e Carimbo: _____
Hora: _____

ANTES DA INCISÃO

Anestesista DR. FABIANA

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMERO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
- Sítio cirúrgico
- Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS

() REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

() REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações:

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- () Sim
() Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- () Sim
() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFERMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

• O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

• SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS, MOLINAS SE APRENDERAM

• COMO VAMOS TIRAR PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

• SE LIGA ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

• O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM AS PREOCCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

PIAGUE/03/14/14

Assinatura e Carimbo:



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



DATA DE ADMISSÃO		01/10/16	DIH	DN
PACIENTE	Carvalho Deirada 02 Súva - centro			
DIAGNÓSTICO	Fratura exposta das ossos da planta direita			
ALERGIAS	N/A	HAS	DM2	
IDADE		LEITO	DATA	01/10/16
ITEM	PREScrição			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	AVP 500mg - 100ml En 24h.			(S/N)
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H			16 06
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H			16 24 06 12
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H			16 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			16 24 06 12
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11	CURATIVO DIARIO			
12	SSV + CCGG 6/6 H			M
13				Rotina
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:				

26/10/16 PA - 10/10/16
FE - 68

SINAIS VITAIS				
6 H	93x88	65	900 mL	
12 H				
18 H				
24 H				

desco

Dr. Eder Soares
Médico Residente
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

Conacço de Sto

DIAGNÓSTICO

P. dor de braço

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

LEITO

DATA

01/01/16

ITEM

PREScrição

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

s/n

2 AVP

Mmpe

3 CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H

10h 10h 20h 06h

4 TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

10h 10h 06h

5 DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H

10h 10h 20h 06h

6 TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

s/n

7 PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

s/n

8 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

s/n

9 RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N

s/n

10 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

s/n

11 CURATIVO DIARIO

s/n

12 SSV + CCGG 6/6 H

M
NOTAD

13

14

15

Dr. RICKERSON P. SILVA
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 1738

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 D/ML, GLICOSE 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

15 SET 2017



SINAIS VITAIS	FC	PA	DIURESE
6 H	71	131 X 94	300 ml
12 H	92	109 X 96	
18 H			
24 H	84	108 X 78	700 ml

203-1

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



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN		
PACIENTE				
DIAGNÓSTICO				
ALERGIAS				
IDADE	HAS	NEGA		
ITEM	LEITO	203-1	DATA	10/10/2016
PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			→ S/N
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			→ M
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			→ 12/12H
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6			→ 18
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			→ 12/12H
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			→ S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			→ S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			→ S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H			→ S/N
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG			→ 12/12H
14				→ S/N
15				
16				
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; \geq 400: 10 UI E/OU GLICOSE \leq 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:				

Dr. Leonardo Roberto
 Residente em Ortopedia e
 Traumatologia
 CRMER 1715

Solicita 2a controlli

SINAIS VITAIS	T	P	R
6 H	-	100 x 70	
12 H	-	119 x 76 mmHg	
18 H	36,0	77 x 76 mmHg	
24 H	36,1	143 x 89	
		110 x 60	

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

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

HGR

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE CONCEIÇÃO DAIANA

DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNAS

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

203-1

DATA

11/10/2016

PREScrição

1 DIETA ORAL LIVRE

HORÁRIO

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

D 5N

3 CEFALOTINA 1G EV 6/6H

D Manhã

4 TILATIL 20MG EV 12/12H

D4

5 DIPIRONA 2ML EV 6/6

D 12

6 TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

D 5N

7 PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

D 5N

8 RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N

D 5N

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

D 5N

10 SSW + CCGG 6/6 H

D 5N

12 CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG

D oráculo

14 Retirar Sonda venosa de classe

D 5N

15 Tensão Residual apertar

D 10/10/2016

16 Dura 9:30

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

MANTENHO ATB, SOLICITO RAIO X DE CONTROLE

15 SET 2017

Dr. Leonardo Rabeto
Residente em Ortopedia e
Traumatologia
CRM-RR 1715

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

SINAIS VITais	6 H	12 H	18 H	24 H
	100/80 70	120/80 61	130/88 69	JCX 70.66
	—	—	—	—
	36,5	35,6	36,3	36,5

Fernanda Roraima Nogueira
TÉCNICA DE ENFERMAGEM
COPRE-RR 0404

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



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	CONCEIÇÃO DAIANA			
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNAS			
ALERGIAS	HAS NEGA DM2 NEGA			
IDADE	LEITO	203-1	DATA	12/10/2016
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			8-9/10
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			11/11
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			12/12
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			13/14
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6			14/15-16/17-01
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			5/6
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			5/6
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			5/6
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			5/6
10	SSVV + CCGG 6/6 H			17/18/19/20
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG			21/22/23/24
14				
15				
16				
17				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
19				
20				
EVOLUÇÃO MÉDICA:				

MANTENHO ATB, SOLICITO RAIO X DE CONTROLE

SINAIS VITais	PA	FC	TAMP.	
6 H	100-140	60	70/100	
12 H	100-140	69	36°	
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Dr. Leonardo Rabeir,
Residente em Ortopedia e
Traumatologia
CRM-RR 1715.

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	CONCEIÇÃO DAIANA		
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNAS		
ALERGIAS	HAS	NEGA	NEGA
IDADE	LEITO	203-1	DATA 13/10/2016
ITEM	PREScrição		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		-D 5/6
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		-D Manhã
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		D5, 10/2, 18/24
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		-D 10/1
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6		-D 12, 18
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		-D 5N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		-D 5N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		-D 5N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		-D 5N
10	SSV + CCGG 6/6 H		-D 5N
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG		-D 5N
14	Dto. Uso de		-D 5N
15			
16			
17			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E/OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
19			
20			

Evolução médica:

MANTENHO ATB, SOLICITO RAIOS X DE CONTROLE

15 SET 2017

Dr. Leopoldo Ribeiro
Residente em Ortopedia e
Traumatologia
CRM-RR 1715

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.
--



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Conceição Soárez da Silva Melo _____ ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 03 / 10 / 16, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura exposta da tíbia

NO DIA 03 / 10 / 16, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Fratura exposta da tíbia SENDO
OPERADO PELO DR. Vitor Montenegro E DR. François.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 13 / 10 / 16, ÀS 10:30 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 23 / 10 / 16, ÀS 09:30 COM O
DR. François

Lote 00000000000000000000000000000000
AV. 04 de Julho, 1000 – Centro
Novo Fluminense Tel (031) 3222-1111
ALCANTARA

Dr. Leonardo Rabelo
Residente em Ortopedia e
Traumatologia
CRM-RN 1716

ORIENTAÇÕES GERAIS:

14/10/2017
Sheil
Certificado de alta hospitalar

- 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 _____

BOA VISTA, _____/_____/_____

MÉDICO

ESTA É A SUA CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL - CTPS, 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 FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTERA CONTÉM 50 PÁGINAS NUMERADAS

164.30013.56-2

2650415 001-0 RR

Lendário Diamante da Silva Castro



001-0 RR

15 SET 2007

NOME: CONCEIÇÃO DAIANA DA SILVA CASTRO

LOC. DE NASC.: BOA VISTA - RR

MUNICÍPIO: FERNANDO CASTRO/NETO

NOME DAS DORES HENRIQUE DA SILVA

DOC. APRESENTADO: RG 2650307-5-ES/PR

ESTADO CIVL: SOLTEIRO

DATA DE NASC.: 05/08/1986

CPF: 012.908.532-15

RG: 2650307

SEÇÃO: 0035

ZONA: 005

ESTADO: ES/BRASIL

LOCAL DA PAUTA: SERRABELEN/ERR

UF: ES/BRASIL

DATA DA PAUTA: 06/06/2005

EMISSÃO: 06/06/2005

ALTERAÇÃO DE NOME/NAME

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE: / / PARA: / / DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

03

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

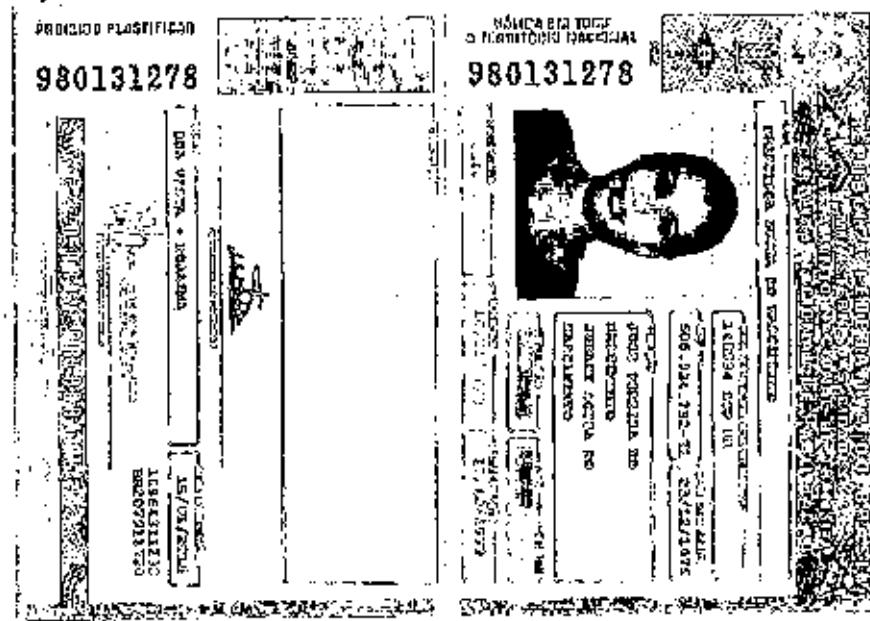
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

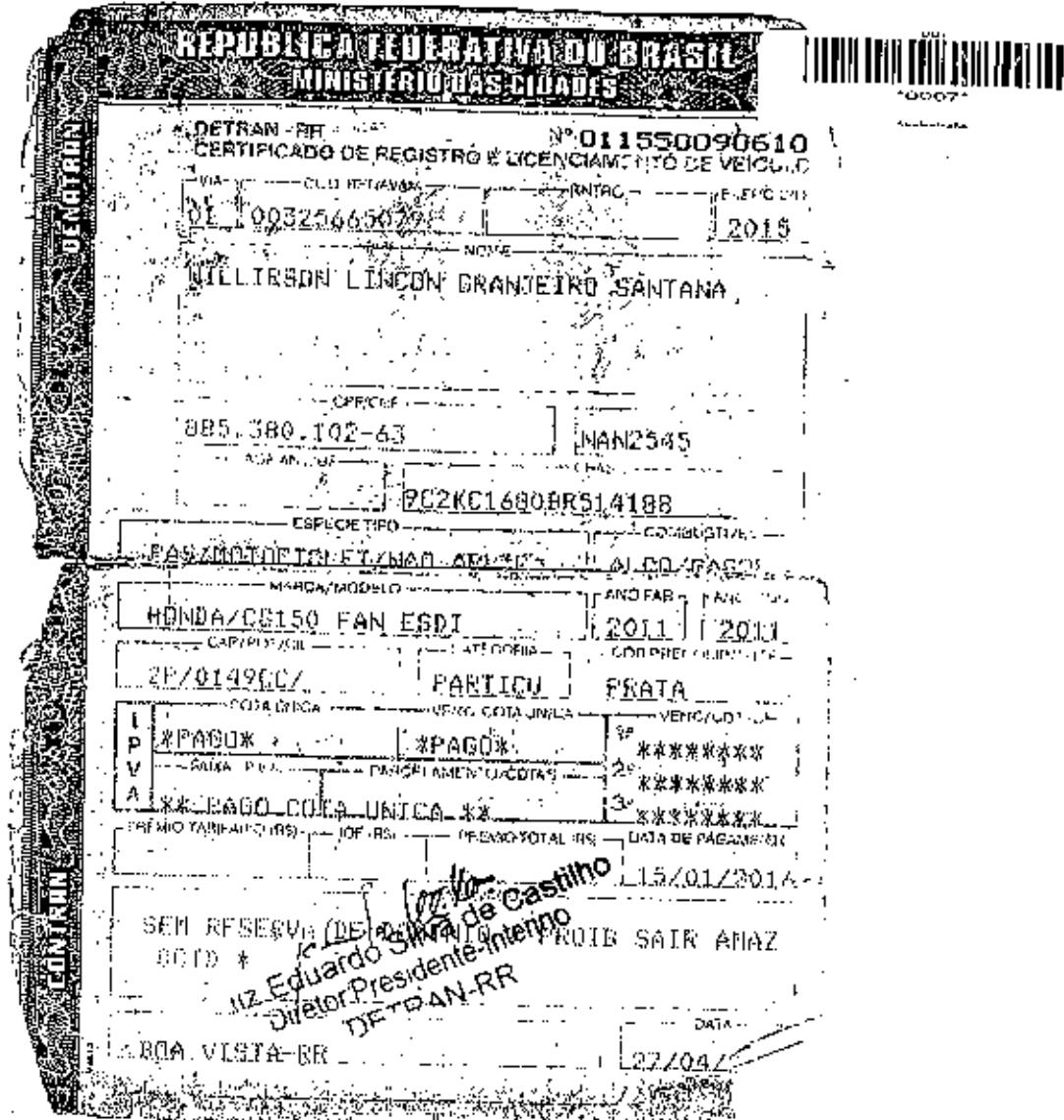
DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

I S E C N D A
A-CARTABRA B-CPÓIO C-RECOLHIMENTO DE BILHETE D-IMA DE CUSTO D-
D-SEGUINCI E-ABONO F-ADMONIMENTO



Extrato de Informações da Internet



15 SET 2017

2004 SMA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170503082 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CONCEICAO DAIANA DA SILVA **Data do acidente:** 07/10/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
CASTRO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2017

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APRESENTAR LAUDO DO IML

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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

812.908.532-15

Nome completo da vítima

Lencinha Daíana Da Silva Lestus

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

lencinha Daíana Da Silva Lestus	CPF titular da conta	912.908.532-15	Profissão	Secretaria
Endereço	Número	982	Complemento	
AV: Juiz Maximiliano Trindade	Cidade	Boa Vista	Estado	RR
Bairro	CEP	69.346-524	Telefone (DDD)	(95) 33131-1149
Email				

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS
 RECUZO 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) ITAÚ (341)

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGENCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

3906

0000 3853

4

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA:

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

EU, Fernanda Oliveira Da Silva Lestico,PORTADOR(A) DO RG Nº 290307EXPEDIDO POR SSPIREEM 06/06/05

CPF 8411908532-15 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Secretaria
E RENDA MENSAL DE R\$ Recebido (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Fernanda Oliveira Da Silva Lestico, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CREDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

Fernanda
15 SET 2017

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3906 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000028853-4

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3906 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000028853-4
OP 643

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

Belo Horizonte, 12 de Setembro de 2017

LOCAL E DATA

Fernanda Oliveira da Silva Lestico

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



REGISTRO
DE MENSAGENS

15 SET 2017

DESAFIO
DE VIDA

SANTANA. Que o motivo do BO é para fins de requerimento do SEGURO DPVAT. É o relato.

ASSINATURAS

Thiara
Maria Selma Melo de Almeida
Responsável pelo Atendimento

Conceição Daiana da Silva Castro
Comunicante

"Declaro pelo que devo, que sou eu(a) única(a) responsável pelas informações acima apresentadas a deuso que poderão responder crime e penalidade pelo prenúncio declarado que dei original, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia ou 340-Conceder a Falsa da Crime Início Constituição do Código Penal Brasileiro."



*Assinatura de Thiara - DAT
Comunicante - VERIFICADO*

15 SET 2017

*Assinatura de Conceição da Silva Castro - DAT
Comunicante - VERIFICADO*



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT
"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 024898/2017/DAT – BOA VISTA – RR.**



O Sr.º

NOME: WILLIRSON LINCON GRANJEIRO SANTANA

RG : 269792 SSP/RR

SEXO: MASCULINO

DATA DE NASCIMENTO: 24/02/1988

TELEFONE: (95) 99122-9194

ENDEREÇO: RUA OCIDENTE, 53

BAIRRO: CONJUNTO CRUVIANA

REGIA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 NOV 2017

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 101 - Boa Vista - RR

O Sr. WILLIRSON LINCON GRANJEIRO SANTANA compareceu nesta especializa, para informar que o mesmo era o condutor da motocicleta envolvida no acidente de trânsito no dia 07/10/2016 às 13:00 da tarde, conforme BO supracitado.

Boa Vista - RR, 17 de outubro de 2017.

Agente de Polícia Civil
Maria Selma Melo de Almeida
Matrícula: 042000-213

WILLIRSON LINCON GRANJEIRO SANTANA
Comunicante

17 OUT. 2017

AGENTE DE
CONFERIDOR

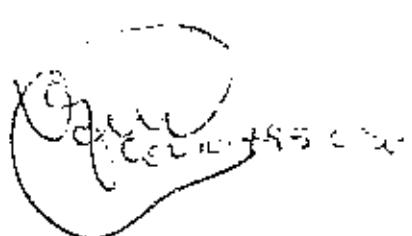
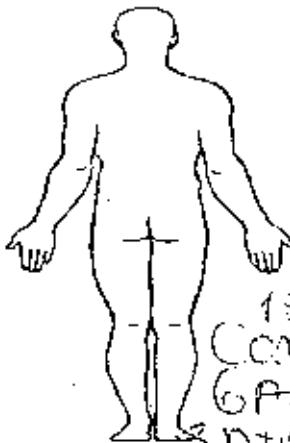
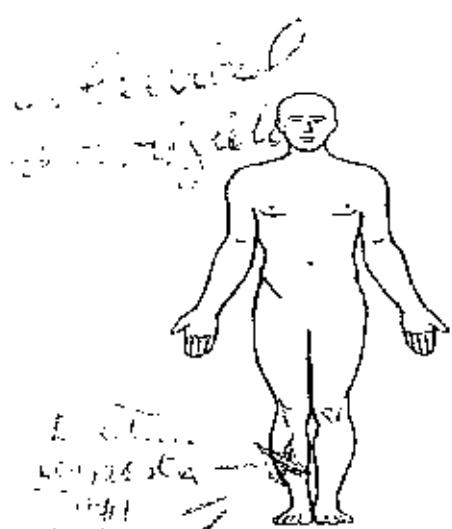
OBSTINICO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Cosme e Silva <input type="checkbox"/> HCSA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros
-----------	--	--

CERTIFICO 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: _____

ESCALA DE COMA DE GLASGOW			ESCORE DO TRAUMA		
Adulto	Menores de 3 anos	Escala			
<input type="checkbox"/> Abre espontaneamente	<input type="checkbox"/> Abre espontaneamente	4	<input type="checkbox"/> Fracassos	10 - 24	4
<input type="checkbox"/> Com estímulos auditivos	<input type="checkbox"/> Com estímulos auditivos	3	<input type="checkbox"/> Respiratória	25 - 35	3
<input type="checkbox"/> Com estímulos dolorosos	<input type="checkbox"/> Com estímulos dolorosos	2	<input type="checkbox"/> (Inver. min)	≥ 36	2
<input type="checkbox"/> Não abre os olhos	<input type="checkbox"/> Não abre os olhos	1	<input type="checkbox"/> Próstata	01 - 09	1
<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Belpucka	5	<input type="checkbox"/> (Inver. min)	0	0
<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Choro imitado	4	<input type="checkbox"/> (Inver. min)	> 90	4
<input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas	<input type="checkbox"/> Choro e dor	3	<input type="checkbox"/> (Inver. min)	70 - 89	3
<input type="checkbox"/> Sons ou gemidos	<input type="checkbox"/> Gemido e dor	2	<input type="checkbox"/> (Inver. min)	50 - 69	2
<input type="checkbox"/> Nenhumas	<input type="checkbox"/> Nenhumas	1	<input type="checkbox"/> (Inver. min)	01 - 49	1
<input type="checkbox"/> Olhares solitários	<input type="checkbox"/> Movimentos espontâneos	8	<input type="checkbox"/> (Inver. min)	0	0
<input type="checkbox"/> Localiza e dor	<input type="checkbox"/> Retraço ao toque	5	<input type="checkbox"/> (Inver. min)	14 a 15	5
<input type="checkbox"/> Flexão normal	<input type="checkbox"/> Retira a dor	4	<input type="checkbox"/> (Inver. min)	11 a 13	4
<input type="checkbox"/> Flexão anormal	<input type="checkbox"/> Flexão normal	3	<input type="checkbox"/> (Inver. min)	8 a 10	3
<input type="checkbox"/> Extensão a dor	<input type="checkbox"/> Flexão anormal	2	<input type="checkbox"/> (Inver. min)	5 a 7	2
<input type="checkbox"/> Nenhumas	<input type="checkbox"/> Nenhumas	1	<input type="checkbox"/> (Inver. min)	3 a 4	1

ESCALA DE GLASGOW

23 de setembro 17



1500g Fisiológico
Compressa 3
Gaze 5
SATADURA 15 cm

PESO DA GESTANTE	Movimentos fetais: _____		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana: _____	BCF: _____		1 gelce 16 1 gelce 18 1 gelce 18 1 gelce 18 1 gelce 18	
Perda de líquido: _____			1 gelce 16 1 gelce 18 1 gelce 18 1 gelce 18	
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão			1 gelce 16 1 gelce 18 1 gelce 18 1 gelce 18	