

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: 000000003853-4

Nr. da Autenticação EFB8D8AFB41EAB77

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

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

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA ALTERAÇÃO ANATÔMICA EM PERNA DIREITA, INSTABILIDADE PARA SUSTENTAR O PESO SOBRE O 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.

Sequelae permanentes: RESTRIÇÃO MORFOFUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelae: 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 Linsom Grangeiro Santana

RG. Nº 269792 data de expedição 12/04/16 Órgão

Expedidor SSP/RR, portador do CPF nº 885.380.102-68, 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 daiane silva Costa, cujo o condutor era
Willison Linsom Grangeiro Santana

Veículo	<u>Honda CG 150</u>
Modelo	<u>FAM ESDI</u>
Ano	<u>2011</u>
Placa	<u>NAN 2545</u>
Chassi	<u>3C2K61680 B2 514188</u>
Data do Acidente	<u>07/10/2016</u>

15 SET 2017

Local e Data: _____



Willison Linsom G. Santana

Assinatura do Declarante



Willison Linsom G. Santana

Assinatura do Condutor

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

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino, Tabelião e Registrador
Av. Amador Leite, 100 - Bairro Boa Vista/RR
Fone: (16) 3211-1111 - E-mail: daniel.aquino@cartorio2ooficio.com.br

DANIEL A. AQUINO

Reconheço por Verdadeira a(s) firma(s)

(16) 3211-1111 - WILLISON LINSOM GRANGEIRO SANTANA

Do que dou fé Boa Vista, 19 de Junho de 2017

Daniel Antonio de Aquino, Tabelião

Camila Reitor - Escrevente Autêntica

MBN. Em testemunha da verdade



Emolumentos: R\$ 4,00 - Fundos R\$ 1,20 - total: R\$ 5,20

Alt 310
BL

BLOCO



HGX

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	
Tipo Doc IGNORADO		Documento 250307		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo F		Estado Civil CASADO(A)	
Mãe MARIA DAS DORES HENRIQUE DA SILVA		Endereço RUA - JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE - 982 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR		Rapa/Cor SEM		Naturalidade BOA VISTA - RR		Contato (95) 99115-4233		Prontuário 151153	
Class. de Risco				Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		N° da Carteira		Validade		Autorização	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO				Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
Setor GRANDE TRAUMA				Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Registrado por: ARDA.NASCIMENTO		Peso	
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril				Suspeita de Dengue		Pressão	
Anamnese de Enfermagem						GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL 15			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) de auto, d dor abd. infer. acut.											
Exame Físico Fratura exposta ossos para quadr. L. Surgimento venozus perf. 2(+)											
Hipótese Diagnóstica Trauma AV. Osteopédia											
SADT - Exames Complementares <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-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:											
PRESCRIÇÃO						APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO		
1) Morfina 10mg AD - 90-1						2) Suf / 3u			3) Paracetamol 1g		
4) HTP O.S. 1											
Condição <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____											
Óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: 700 Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica											
Assinatura do Paciente ou Responsável						Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: eduarda.nascimento Data Hora: 07/10/2016 14:20:11											

1001-413

49. 1000 2010 Apr. Viterbo moderately

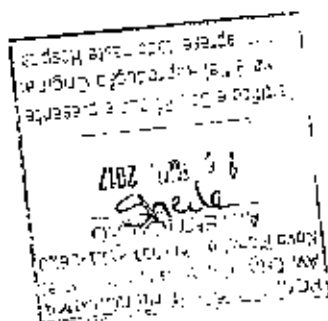
• Principais diferenças de Química e Física (colocar mais x físico) de-
pende da abordagem utilizada em cada disciplina e também interdisciplinar
de como foram planejadas as experiências laborais.

2. Integration on a set (1).

[illegible]

no other animals. ϕ molar measurements

Dr. Helder Soares
Médico Dentista
Ortopedia e Traumatologia
11.11.2013





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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Carla da Silva Costa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

151153

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7051000240009131510

8 - DATA DE NASCIMENTO

23/04/86

9 - SEXO

F

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Maria dos Anjos Henrique da Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO

915 9111154121313

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. J. J. Maximiliano Tremelino, 922, Heliópolis

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boca Raton

14 - CDD. BGE MUNICÍPIO

R18

15 - UF

RI

16 - CEP

1111111

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de trânsito (colisão com muro) com lesão traumática com contusão e laceração (1,5cm) em perna direita

15 SET 2017

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Procedimento cirúrgico

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

História clínica, exame físico e RA

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura exposta do osso da perna direita

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

Ortopedia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Emergência

28 - DOCUMENTO

105

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

106

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

07/10/16

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

33 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CBOR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADO

2 - EMPREENHADOR

3 - AUTÔNOMO

4 - DESEMPREGADO

5 - APOSENTADO

6 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DOCUMENTO

105

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

106

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

7/10/16

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

51 - SÉRIE

52 - SÉRIE

53 - SÉRIE

54 - SÉRIE

55 - SÉRIE

0408050500 - 5822



BOLETIM OPERATÓRIO

LORCEIRO DAIANA DA SILVA

Data: 07/10/16.

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta de tíbia distal

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Tratamento cirúrgico de fratura exposta de tíbia

TIPO DE INTERVENÇÃO: Cirúrgica

INDICAÇÕES E ACIDENTES: 0

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 2. mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Vitor Montenegro

1º AUXILIAR: Dr. Eduardo Pires

2º AUXILIAR: Dr. Marcelo Breda

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Indução em DDH sob efeito anestésico.

2) Assépsia, antissepsia e colocação de campos cirúrgicos.

3) Exatidão da lesão primária, lavagem exaustiva com 500ml de

4) Desbridamento

5) Redução da fratura sob visualização direta + fixação com fixador

6) Curativo.

7) Redução de hemostasia.

8) Curativo

9) Lavagem.

10) LPA.



FICHA DE ANESTESIA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO						Nº											
6h						07.10.2016											
A G E N T E S	H 20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	
	02																
LÍQUIDOS VENOSOS	V P	M S E	SF SF SF 500 500 500														
BA X	°C	240	100 100 100 100														
ULSD		38															
ANES		39															
X		34															
OP		32															
D		30															
TEMP		120															
AEPIR		100															
A		80															
RLSP		60															
O		40															
		20															
SIMBOLOS	Export	X 58 AL 23															
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	NOTAÇÕES														
a. Midazolam 5mg		Piquimontes lombos	XA: Moribundação + colaterais nasai														
b. Fentanyl 100mcg		paromelicado LA/LB	1. Sedação														
c. Etomidato 2g		Ventilação espontânea c/ colaterais nasal OR	2. Antiagregação plaquetária e óxido nítrico com fármacos														
d. Clonidina 600mcg			3. Pulso ao ponto subocultor em LA/LB, parietal, HCL cloro normotensão.														
e. Gentamicina 240mg			4. Bupivacaína 0,5% 15mg														
f. Bupivacaína 0,5% 15mg			5. B														
LIQUIDOS 1500ml		Córula - Nasal / Oro Faríngea	6. Ceftazidima 2g + clindamicina 600 + gentamicina 240mg														
OCOD		Naso / Orelha / Carga	7. Início cirurgia														
ANGLE		Bat - Temp - Cateter do Tubo	8. Encerramento a sala														
		Sob Medicação															
		Dificuldade Técnica															
		TEMPO DE ANESTÉSIA	50 min														
OPERACÃO	Função externa / Fratura de fíbula @		Linfangio - Espasmo - Excesso Secre L Depressão Respiratória - Hipoxia ~ "Burbling" - Vômito ~ Hemorragia - Arritmia ~ Bradicardia - Choque ~														
NESTESIA	CÓDIGO	QUIRURGIA	PERDA SANGÜINEA 60mg														
Dr. Fabiano / Dr. Fábio (R)		Dr. Michel Montenegro															

038: Recebido por no prazo (sic)

Dr. A. L. Herrera
Angeles, Pinar
CIN. PR. 301

15 SEP 2017

ALCANTARA
12-20-1981, F.

HOSPITAL DE TAL DE RONAIMA
Av. Brg. Eduardo Gomes, 5/Nº
Nova Planeta Tel (95) 2121-0820
AUTENTICACÃO
9 de Maio 2017
Shirley
Certifico e Dou fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentado neste Hosp



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		ID: 304	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
CONCEIÇÃO DAIANA DA SILVA					07 / 10 / 16
TIPO		CIRURGIA			
FIMADOR EXTERNO TIBIA (D)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		16:45	17:35		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
DR VITOR		ANESTESISTA:		DR. FABIAN	
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		R1. Fabio	
R3. EMNALDO		INSTRUMENTADOR			
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
R2. BRUNO + R1. ELDER		QUANTO			
TIPO DE ANESTESIA: MOVE		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		18	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 300ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS TAM. M			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 21			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
1	SERINGA 01ML		1	SURGICEL ELETRODOS	
1	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSO CATETER OL	
1	SERINGA 05 ML		20ml	KIT CATARATA Nº 16P/10	
1	SERINGA 10ML		20ml	GEOFOAM ALIAS 70%	
1	SERINGA 20ML		1	RIFA CARDIACA ESCOVA DEC.	
1	AGULHA V/ MOVE Nº 27		1	OUTROS: ATAGUA C/EPON 20g	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Rebeca
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA

 ORTOSINTESE IND E COM LTDA Av. Nelson Pimenta Travassos, 651 - CEP 02938-066 Tel: 55(11)39484000 - FAX: 55(11)39484010 Brasil - Site: www.ortosintese.com.br		 ESTÉRIL 05/12/16
Ref.: 4747/02	Lote: S11216	Quant.: 1 pc
FIMADOR LAY FIX C/ BARRA 300MM FIMADOR EXTERNO LAYFIX FIMADOR EXTERNO Registro ANVISA N NP AISI 304 ASTM F138 ALUMÍNIO		
 4152018 4022619	 102237:0095 ALUMÍNIO	 CE CE
European Authorized Representative: Cores 2 1630 Brussels BELGIUM Tel: +32(2) 732 59 54 Fax: +32(2) 732 60 03 e-mail: info@cores2.com Resp. Venda: 1.9.8.8 Resp. Técnico: CARLOS DA SILVA NUNES/PAIDCEAN 3531826573		



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome CONCEIÇÃO DA SILVA
Cirurgião Responsável DR. VICTOR COSTA

ANTES DA INCISÃO

Anestesista DR. FABIAN

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

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

☐ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☐ Não ☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura e Carimbo

Hora: _____

Data: _____

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

☒ CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
- Sítio cirúrgico
- Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS

☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

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

☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

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

COMO AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

Assinatura e Carimbo

Hora: _____



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

07/10/16

DIH

DN

PACIENTE

Capitula Dora da Silva - varão

DIAGNÓSTICO

fratura exposta dos ossos da perna direita

ALERGIAS

Não

HAS

DM2

IDADE

LEITO

DATA

07/10/16

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

S/N

2

AVP 50.5% - 100ml em 24h

3

CEFALOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 6/5H

4

TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

5

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

6

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

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 DIÁRIO

12

SSVV + CCGG 6/6 H

13

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:

24hs PA - 10/1/68
FE - 68

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

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

419-3



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Conceição da Silva				
DIAGNÓSTICO	H. 3000 da Roraima				
ALERGIAS					
IDADE	HAS		DM2		
ITEM	LEITO		DATA		10/16
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				S/D
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H				10h 24h 06h
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				10h 24h 06h
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				10h 24h 06h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				10h 24h 06h
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 DIÁRIO				S/N
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
13					
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				

Dr. Jefferson P. Silva
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1738

EVOLUÇÃO MÉDICA:

15 SET 2017



SINAIS VITAIS	FC	PA	DIURETOS
6 H	71	131x94	200 ml
12 H	92	104x96	
18 H			
24 H	64	108x78	700 ml

203-1



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

HGR

GOVERNO DO PARÁ
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

ITEM

PRESCRIÇÃO

NEGA

DM2

NEGA

LEITO

10/10/2016

HORÁRIO

DIETA ORAL LIVRE

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

CEFALOTINA 1G EV 6/6H

TILATIL 20MG EV 12/12H

DIPIRONA 2ML EV 6/6

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

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

RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N

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

SSVV + CCGG 8/6 H

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

Dr. Leonardo Rabelo
Residente em Ortopedia e
Traumatologia
CRALRR 1716

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:

Solicito 2º controle

SINAIS VITAIS			
6 H			100 x 70
12 H		76	119 x 76 mmHg.
18 H	36.0	77	143 x 89
24 H	36.1	76	130 x 60

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

203-



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

HGR

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE CONCEIÇÃO DAIANA

DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

203-1

DATA

11/10/2016

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3

CEFALOTINA 1G EV 6/6H

4

TILATIL 20MG EV 12/12H

5

DIPIRONA 2ML EV 6/6

6

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

7

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

8

RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N

9

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

10

SSVV + CCGG 6/6 H

12

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

14

Retirar Sonda nasolaringeal de desobstrução

15

Tratamento de ferimento

16

Tratamento de ferimento

17

Des 9:30

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 RAO X DE CONTROLE

15 SET 2017

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

SINAIS VITAIS

6 H

12 H

18 H

24 H

120x80 70

120x80 61

120x80 69

120x70.66

—

—

—

—

36.5

35.6

36.3

36.5

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Terezinha Roraima Nogueira
TÉCNICA DE ENFERMAGEM
COREN-RR 201.000



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

HGR

GOVERNO DO PARÁ
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	CONCEICÃO DAIANA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA				
ALERGIAS	HAS		NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		203-1	DATA	13/10/2016
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				-D 5ND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				-D 5ND
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				-D 5ND
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				-D 5ND
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6				-D 5ND
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				-D 5ND
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				-D 5ND
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				-D 5ND
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				-D 5ND
10	SSVV + CCGG 6/6 H				-D 5ND
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				-D 5ND
14	Dito Uropiloto				-D 5ND
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; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

MANTENHO ATB, SOLICITO RAO X DE CONTROLE

15 SET 2017

Dr. Leonardo Rabele
Residente em Ortopedia e
Traumatologia
CRM 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 de Jesus da Silva 37 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 02 / 10 / 16, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura de fêmur da perna esquerda

NO DIA 03 / 10 / 16, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fixação cirúrgica de fratura de fêmur SENDO

OPERADO PELO DR. Vitor Montenegro E DR. Leonardo Rabelo.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 13 / 10 / 16, ÀS 10:00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 27 / 10 / 16, ÀS 09:30, COM O
DR. Leonardo

Av. Dr. Eduardo Gomes, 1.000
Novo Fianco Tel: (91) 3333-1111
ALCEANTO

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

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 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

Este documento é propriedade do Estado de São Paulo e não pode ser vendido ou alugado.

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.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTÉM 50 PÁGINAS NUMERADAS

0012

164.30013.56-2

2650415

001-0

RR

Conceição Dalina da Silva Castro



15 SET 2007

BRASILEIRO

NOME: CONCEIÇÃO DALINA DA SILVA CASTRO

LOCAL DE NASCIMENTO: BOA VISTA - RR

FILIAÇÃO: FERNANDO CASTRO NETO

MARIA DAS DORES HENRIQUE DA SILVA

DOC. APRESENTADO: RG 250307 SE SP RR

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

DATA DE NASCIMENTO: 19 DE MAIO DE 1965

RG: 250307

TELEFONE: 003332212674

SEÇÃO: 0035

ZONA: 005

CNPJ: 812.906.532-15

LOCAL DE PASSAGEM: SETRABES/INE/RR

BAIÃO: 0510612005

Assinatura

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

93

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE ____ PARA ____

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

ATIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

ATIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

ATIVO

NOME

DOCUMENTO



ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

ATIVO

1. E. G. N. D. A.
A - CASAMENTO B - DIVÓRCIO C - RECUPERAÇÃO DE IDENTIDADE D - DATA DE NASCIMENTO
E - SE JUREM F - ASSOCIAÇÃO G - RECONHECIMENTO DE MATRIMÔNIO

00721

15 SEP 2007

PROHIBITED PLASTIFIED 980131278		NUMBER 818 1015 3 PLASTIFIED PLASTIFIED 980131278	
DON VICTOR + HOLLAND 		PASTORAL WORK IN PASTORAL 	
15/08/2014 15/08/2014 15/08/2014		15/08/2014 15/08/2014 15/08/2014	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2017

Valoração 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

Conceição Daiana Da Silva Castro

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Conceição Daiana Da Silva Castro		CPF titular da conta 812.908.532-15	Profissão Secretaria
Endereço Av. Juiz Maximiliano Trindade		Número 982	Complemento
Bairro Serra da Hebra Lompa	Cidade Boa Vista	Estado RR	CEP 69.316-524
Email franciscamocimento@hotmail.com		Telefone (DDD) (95) 33131-1149	

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) ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA

NRO.
3906

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.
00003953

(Informar dígito se existir)

D/V

4

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(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 - RR, 10 de Setembro de 2018

Local e Data

Conceição Daiana Da Silva Castro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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, Berniceia Daiane Da Silva CostaPORTADOR(A) DO RG Nº 220307EXPEDIDO POR SSPIRREM 06/06/05CPF 841908532-15 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Servidora

E RENDA MENSAL DE R\$ Receita (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Berniceia Daiane Da Silva Costa. 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 FACIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3906 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0003853-4

OP 043

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.

Bom Vista RR, 12 de Setembro de 2017

LOCAL E DATA

Berniceia Daiane Da Silva Costa

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.



1508-11007
30/08/2017

15 SET 2017

00000000
00000000



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024898/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/07/2017 09:11
Origem: Polícia Judiciária Data: 17/07/2017
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

Data/Hora Fim: 17/07/2017 09:29

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ateto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 07/10/2016 13:00

Local do Fato

Município: Boa Vista

Logradouro: RUA PENHA BRASIL

Bairro: São Francisco

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)	Lei Maria da Penha
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo	Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: CONCEIÇÃO DAIANA DA SILVA CASTRO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Amajari

Profissão: Secretária

Nome da Mãe: Maria Das Dores Henrique da Silva

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA JUIZ MAXIMILIANO TRINDADE

Nº: 982

Bairro: SENADOR IELIO CAMPOS

Telefone: (95) 99141-9848 (Celular)

15 SET 2017

2.ª DIVISÃO DELEGACIA

Nome: (DESCONHECIDO 1) (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAN2545	Número do Chassi 9C2KC1680BR514188
Ano/Modelo Fabricação 2011/2011	Cor PRATA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI	Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Conceição Daiana da Silva Castro	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhoneiro
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
(Desconhecido 1)	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante relata que na data, hora e endereço acima descrito, o sr. WILLIRSON LINCON conduzia sua motocicleta acima descrita, tendo como garupa a comunicante, quando ao chegar próximo da efetura um CARRO, colide com a motocicleta. Que não sabe informar a marca e nem o nome do condutor do veículo. Informa ainda, que a motocicleta é de propriedade de WILLIRSON LINCON GRANJEIRO




Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Maria Selma Melo de Almeida
Data de Impressão: 17/07/2017 09:30
Protocolo nº: Não disponível

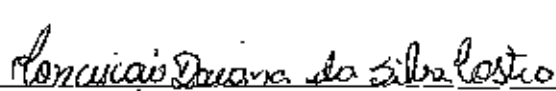
Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

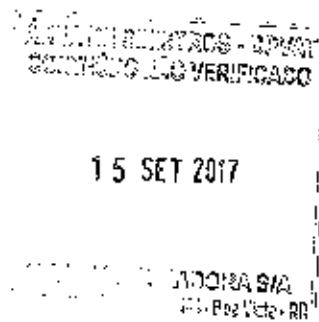
SANTANA. Que o motivo do BD é para fins de requerimento do SEGURO DPVAT. É o relato.

ASSINATURAS


Maria Selma Melo de Almeida
Responsável pelo Atendimento


Conceição Daiana da Silva Castro
Comunicante

"Declaro para os devidos fins do dia 17 de setembro de 2017, que sou o(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e penalmente pelo prejuízo decorrente que daí originar, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Cabalística e 349-Conceição Falsa de Crime da Lei de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





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 Nº 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

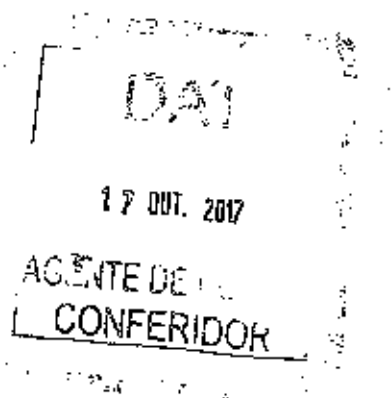


O Sr. WILLIRSON LINCON GRANJEIRO SANTANA compareceu nesta especializa, para informar que o mesmo era o condutor da motocicleta envolvida no acidente de trânsito no dia 07/10/2016 às 13:00 da tarde, conforme BO supracitado.

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



FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: 11250 11 Equipe: Log. Luiz Fec. Adriano + U020
 Paciente: Ursula Dailana dasilva Lino Idade: 30 Sexo: F
 Endereço: Av. General Pereira 3000 empreita Prefeitura

CHAMADA

NO 10152 DATA 10/06/17 HORA: 13:22
 Médico (a) Registrado (a) Dr. (a) CRM: 51224 13:28
 MOTIVO: ☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO 13:59

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no caso do acidente)

MECANISMO DE TRAUMA	
AUTOMÓVEL Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Vítima <input type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada Air Bag: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Motorista: <input type="checkbox"/> dianteiro <input type="checkbox"/> traseiro Passageiro: <input type="checkbox"/> dianteiro <input type="checkbox"/> traseiro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão	MOTO: <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão <u>Carro</u> BICICLETA: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão
VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> Espionagem <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajetória <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão física <input type="checkbox"/> Outros:

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vítima)

AVALIAÇÃO INICIAL									
Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Dispnoia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apnéia <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>SA</u>	Ventilação <input checked="" type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input checked="" type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> Hiperinflamação <input type="checkbox"/> Maciez <input type="checkbox"/> Fúrida Aspirativa	Circulação <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2 <input type="checkbox"/> Ausente	Aval. Neurológica <input checked="" type="checkbox"/> TAVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Otorrria <input type="checkbox"/> Otorrria <input type="checkbox"/> Rinorrria <input type="checkbox"/> Acetamento alcoolizado <input type="checkbox"/> ONV	15 SET 2017					
SINAIS VITAIS E ESCORES									
Hora	P.A mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR	
Início 13:44	120/80	79	20	99	-	-	13	-	
Fim 14:08	120/80	80	18	98	-	-	13	-	
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA									
Pele <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	Cabeça <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	Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Ferimento ocular	Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento	Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tabua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração	Pelve <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor	Membros <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação
AVALIAÇÃO CARDIACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA					
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Flutter	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assístolia	<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"/> Endócrina <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Orola	<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 CONFIRMADA	<input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> SEVERA	<input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MORTE	<input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> INDETERMINADA	<input type="checkbox"/> OUTRO					

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

INCIDENTE

INCIDENTE		MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS	
<input checked="" type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Tiro <input type="checkbox"/> Bombeiro no local:	<input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros:	EM: <u>23/06/17</u> <u>Suplente</u>	

RCP

RCP		DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA	
<input type="checkbox"/> Iniciada em: <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs.:	<input type="checkbox"/> Término as:	_____	

DESTINO	<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

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

Paciente em estado de consciência, com dor abdominal, com
 sinais vitais: PA 120/80, FC 95, FR 20, SPO2 98%.
 Paciente com dor abdominal, com sinais vitais: PA 120/80, FC 95, FR 20, SPO2 98%.
 Paciente com dor abdominal, com sinais vitais: PA 120/80, FC 95, FR 20, SPO2 98%.

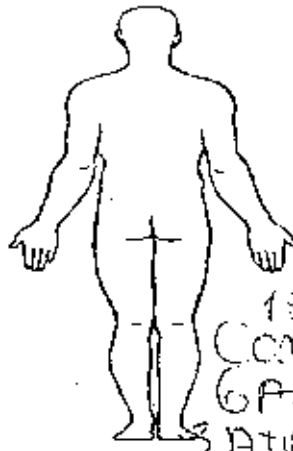
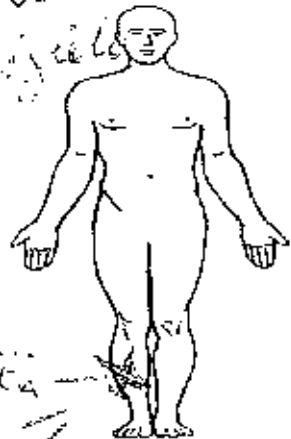
ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Abertura Ocular	Adulto	Menores de 5 anos	Escala	Frequência Respiratória (por / min)			
	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4		10 - 24	4	
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 35	3	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		≥ 36	2	
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	01 - 09	1		
Resposta Verbal	Orientado	Resposta	5	0	0		
	Confuso	Choro imitado	4	> 90	4		
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3	70 - 89	3		
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2	50 - 69	2		
	Nenhuma	Nenhuma	1	01 - 49	1		
Resposta Motora	Chadeco saliciladas	Movimentos espontâneos	6	0	0		
	Localiza a dor	Retira do toque	5	14 e 15	5		
	Flexão normal	Retira a dor	4	11 e 13	4		
	Flexão anormal	Flexão normal	3	8 e 10	3		
	Extensão a dor	Flexão anormal	2	5 e 7	2		
	Nenhuma	Nenhuma	1	3 e 4	1		
ESCALA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			

Paciente em estado de consciência, com dor abdominal, com
 sinais vitais: PA 120/80, FC 95, FR 20, SPO2 98%.

Paciente em estado de consciência, com dor abdominal, com
 sinais vitais: PA 120/80, FC 95, FR 20, SPO2 98%.

23.06.17
 Separação

Paciente em estado de consciência, com dor abdominal, com
 sinais vitais: PA 120/80, FC 95, FR 20, SPO2 98%.



Paciente em estado de consciência, com dor abdominal, com
 sinais vitais: PA 120/80, FC 95, FR 20, SPO2 98%.

1 SERVO FISIOLÓGICO
 COMBRESSA 3
 GAZE 5
 ATADURA 15 cm

IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____
Perda de líquido: _____	BCF: _____
<input type="checkbox"/> Com cartão	<input type="checkbox"/> Sem cartão

1 gelco 10
 1 gelco 10
 1 sermo fisi 500 ml
 1 sermo fisi 500 ml
 1 sermo fisi 500 ml