

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sra. **GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA**, Brasileira, Solteira, Desempregada, portadora da carteira de identidade nº 114115 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 383.065.812-53, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av: Jardim B05 AP203, Nº 580 Bairro: Cidade Satélite CEP: 69.314-328 Tel. (95) 99168-4270/99131-7383

Outorgados: Bel. **EDSON SILVA SANTIAGO**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619, e **OSTIVALDO MENEZES DO NASCIMENTO JÚNIOR**, Brasileiro, Solteiro, Advogado, OAB/RR sob o nº 1280, ambos com endereço profissional à Rua Prof. Agnelo Bitencourt, nº 335 – Centro, Boa Vista/RR, Tel. (95) 3224-1634, onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “ad judícia”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação.

Boa Vista/RR, 9 de dezembro de 2019.

+ GlauCIA Regina de Almeida Silva
GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

		MINISTÉRIO DO TRABALHO SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO	
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL		PIS/PASEP 124.45185.94-9	
NÚMERO 2642523	SÉRIE 001-0	UF RR	
ASSINATURA DO TITULAR <i>Gláucia Regina de Almeida Silva</i>		POLEGAR DIREITO 	
			



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, eu **GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA**, Brasileira, Solteira, Desempregada, portadora da carteira de identidade nº 114115 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 383.065.812-53. **DECLARO** para os devidos fins de comprovação e direitos legais, que resido nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av: Jardim B05 AP203, N° 580 Bairro: Cidade Satélite CEP: 69.314-328 Tel. (95) 99168-4270/99131-7383.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 9 de dezembro de 2019.

GlauCIA Regina de Almeida Silva
Declarante

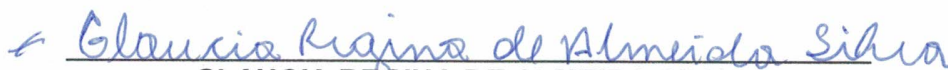
DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA**, Brasileira, Solteira, Desempregada, portadora da carteira de identidade nº 114115 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 383.065.812-53, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av: Jardim B05 AP203, Nº 580 Bairro: Cidade Satélite CEP: 69.314-328.

DECLARO para que produza os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção do termo e que não posso arcar com as despesas do processo sem prejuízo de meu sustento.

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista/RR, 9 de dezembro de 2019.


GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033896/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/10/2019 08:44 Data/Hora Fim: 07/10/2019 09:01
Origem: Polícia Judiciária Data: 07/10/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 20/08/2019 07:10

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Carlos Pereira de Melo

Bairro: União

Ponto de Referência: Ponte
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: MA - Vitorino Freire	Sexo: Feminino	Nasc: 11/10/1974
Profissão: Aposentado		Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Rosilda de Almeida Silva		Nome do Pai: Francisco de Almeida Silva	

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 383.065.812-53

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Avenida Jardim
Complemento: Cond. Jatobá / Bloco 05 / Apart.:203 / Vila Jardim
Bairro: Cidade Satélite
Telefone: (95) 99168-4270 (Celular)

Nº: 580

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário	040.386.143-87	Placa	NAH-9304
Renavam	00733297412	Número do Motor	HA07E-Y227997
Número do Chassi	9C2HA0710YR227997	Ano/Modelo Fabricação	2000/2000
Cor	VERDE	UF Veículo	Roraima
Município Veículo	Boa Vista	Marca/Modelo	HONDA/C100 BIZ ES
Modelo	HONDA/C100 BIZ ES	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Meio Empregado
Nome Envolvido		Envolvimentos	
Glauca Regina de Almeida Silva		Possuidor	



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 07/10/2019 09:01
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033896/2019

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante que não é habilitada compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava na motocicleta também descrita acima e que está em nome de MANOEL BOTELHO SALES e tendo como passageira na garupa sua Filha OTÍLIA GABRIELA DE ALMEIDA SILVA (11 ANOS). Que colidiu em um ciclista de Nacionalidade Venezuelana, que atravessou a via de maneira inesperada e sem a devida atenção. Que sofreu lesões corporais e foi resgatada pelo SAMU até o HGR e OTÍLIA apenas sofreu escoriações leves. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.**

ASSINATURAS

07 OUT. 2019

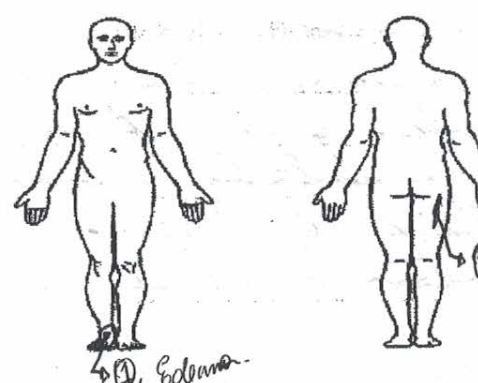
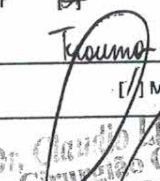
Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat. 042006808

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Glaucia Regina de Almeida Silva
Glaucia Regina de Almeida Silva
(Envolvido / Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

 FICHA DE ATENDIMENTO		Nº 1674 : -		 SAMU 192	
EQUIPE SAMU BV UNIDADE BRAVO I		EQUIPE: <u>Sec. Saimon / Leão / Elton</u> <u>Conot. Bispo</u>			
Paciente: <u>CLAUDIA REGINA DE ALMEIDA SILVA</u>		Idade: <u>44</u>		Sexo: <u>FEM</u>	
Nacionalidade: <u>Brasileira</u>		Raça: ☒ Branca ☒ Negra ☒ Parda ☒ Amarela ☒ Indígena-Etnia			
Endereço: <u>Av. Carlos Pereira de Melo</u>		Bairro: <u>União</u>			
Nº 14.143		DATA: <u>20/08/2019</u>		HORA J/9: <u>07:25</u>	
Médico (a) Regulador (a): <u>Dr. Alisson</u>		HORA J/10: <u>07:38</u>		BASE ☐ VIA ☒ RÁDIO ☐	
MOTIVO INICIAL: <u>Moto x Bicicleta</u>		CELULAR ☒			
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ☒ 1 a 3 horas ☐ 4 a 24 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe ☐					
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA					
☒ Acidente de trânsito ☐ Agressão física / espancamento ☐ Agressão física - FAF ☐ Agressão física - FAB ☐ Urgência psiquiátrica ☐ Tentativa de suicídio ☐ Envenenamento ☐ Afogamento ☐ Queimadura ☐ Choque elétrico ☐ Queda ☐ Urgência clínica ☐ Urgência obstétrica ☐ Transferência ☐ Exame complementar ☐ Outros					
ACIDENTE DE TRÂNSITO					
VÍTIMA ☐ Pedestre ☒ Condutor ☐ Passageiro ☐ Ignorado		MEIO DE LOCOMOÇÃO ☐ A pé ☐ Automóvel ☒ Motocicleta ☐ Bicicleta		OUTRA PARTE ENVOLVIDA ☐ Automóvel ☐ Motocicleta ☐ Ônibus ☐ Micro-ônibus ☒ Bicicleta ☐ Animal ☐ Outro	
		ITENS DE SEGURANÇA ☒ Capacete <u>retirou</u> ☐ Cinto de segurança ☐ Airbag ☐ Assento para criança			
AValiação INICIAL					
VIAS AÉREAS ☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Outro:		VENTILAÇÃO ☐ Apnéia ☐ Dispnéia ☐ Bradpnéia ☐ Taquipnéia		CIRCULAÇÃO ☐ Bradicárdico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Pulso radial ausente ☐ Pulso central ausente ☐ Cianose central ☐ Taquicárdico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Pulso radial ausente ☐ Pulso central ausente ☐ Extremidade	
		AVAl. NEUROLÓGICA ☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ D ☐ E ☐ Aparentemente Alcoolizado ☐ Agitação psicomotora			
SINAIS VITAIS E ESCORES					
Hora		P.A mm/hg		F.C Bpm	
F.R Mpm		Sat O₂ %		T. Axilar °C	
Glicemia		Esc. visual "DOR"		Glasgow	
Início <u>07:41</u>		<u>120/90</u>		<u>80</u>	
Fim <u>08:16</u>		<u>120 x 90</u>		<u>86</u>	
<u>23</u>		<u>97</u>		<u>99</u>	
<u>97</u>		<u>99</u>		<u>15</u>	
<u>15</u>		<u>15</u>		<u>15</u>	
AVAliação SEGUNdária					
LESÃO IDENTIFICADA 1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Laceração 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros				ABERTURA OCULAR ☒ Espontânea ☐ Ao comando ☐ À dor ☐ Sem resposta RESPOSTA VERBAL ☒ Orientado ☐ Confuso ☐ Palavras inapropriadas ☐ Palavras incompreensíveis ☐ Sem resposta RESPOSTA MOTORA ☒ Obedece a comandos ☐ Localiza a dor ☐ Movimento de retirada ☐ Flexão anormal ☐ Extensão anormal ☐ Sem resposta	
AVAliação CARDÍACA ☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia Sinusal ☐ Flutter Atrial ☐ Fibrilação atrial		AFECÇÃO CLÍNICA ☐ FV ☐ TV ☐ AESP ☐ Assistolia ☐ Neurológica ☐ Respiratória ☐ Cardiovascular ☐ Digestiva ☐ Metabólica ☐ Infeciosa		HISTÓRIA PEGRESSA ☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso ☒ Alergias <u>As</u> ☐ Outros	
GRAVIDADE COMPROVADA ☒ Ileso ☒ Pequena ☐ Média ☐ Severa ☐ Óbito		Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)  			
Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Hospitalização		Polícia Militar ☐ Guarda Municipal		SAMU 192 BV CONFERE CCM ORIGINAL <u>Em 06/09/19</u>	

TERMO DE RECUSA DO PACIENTE	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____	
TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____	

GESTANTE			
Idade Gestacional: _____	☐ Movimentos fetais presentes	☐ Partes fetais na vulva	
Perda de líquido: _____	☐ Contrações entre 3-5 min.	☐ Com cartão da gestante	
BCF: _____	☐ Contrações com duração > 30s	☐ Sem cartão da gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☒ Monitorização cardíaca	☐ Imobilização de fraturas
☐ Cânula de Guegel	☐ Guia de Introdução Bougie	☒ Colar cervical P	☐ Curativos
☐ Cateter nasal: _____ L/min	☐ Cricotireostomia cirúrgica	☐ Headblock	☐ Parto vaginal
☐ Máscara facial: _____ L/min	☒ Oximetria	☒ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência
☐ Bolsa-valva-máscara: _____ L/min	☐ Dreno de tórax	☐ Tirantes	☐ Imobilização de luxação
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☒ Outros: 3 pontos de sutura na "costela materna" e atadura torácica
☐ Acesso venoso Gelco n° _____	☐ Acesso venoso Scalp n° _____	☐ Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

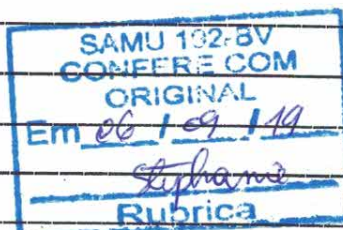
OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Equipe acionada por colisão moto x Bicicleta, ao chegarmos no local, vítima encontrava-se sentada sem capacete informando que a mesma retirou o capacete e mandou o irmão levar a filha que estava com ela na moto, após avaliação foi encontrada edema em MID (pé) e excoriações em parte posterior do torso. Informado QTW a Central que orientou levar ao R.T do HGR.

Materiais:

03 Colar P;
1 prancha rígida;
06 ataduras
1 por luva P;
2 por luva M;
2 por luva G;
1 tala moldável M.

Edson Sidney Rodrigues Leme
COREN - RR 331 723 TE



Edson Sidney Rodrigues Leme
COREN - RR 331 723 TE

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação: ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.:		Reclassificação: ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.:		Reclassificação: ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.:	
1901150987 20/08/2019 08:28:10		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19 6	
Paciente: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA Data Nascimento: 11/10/1974 Idade: 44 A 10 M 9 D		CNS: 898003229555564 CPF: 38306581253		Prontuário:			
Tipo Doc: Documento: Órgão Emissor: Data Emissão:		Sexo: F Estado Civil: NAO Raça/Cor: PARDA		Naturalidade: BRASILEIRA			
Mãe: ROZILDA DE ALMEIDA SILVA Endereço: RUA - DANDAE PINHO - 143 - CINTURAO VERDE - BOA VISTA - RR		Informado: FRANCISCO DE ALMEIDA SILVA		Contato: (95) 99129-5930		Ocupação:	
Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		N° 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: EDVAN.NASCIMENTO	
Queixa Principal: Trauma moto - bicicleta		☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem:		GSC: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL: 15			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 08:34 h) Paciente trazida pelo SAMU em prancha rígida + collar cervical, vítima de colisão moto bicicleta. Relata dor em MID. Neqa vômito, perda de consciência. A: vias aéreas permeas, cervical e collar. B: exporimilida- Exame Físico: de normal / simétrica. AR: MVUASRA. C: BPP, FC > 60; S: sinais de hemorragia aparente / oculta, pele estável. D: ACS 15, PIFR. E: excitações, limitação à mobilização de MID. Hipótese Diagnóstica: Trauma moto-carro.							
SADI - Exames Complementares: ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:							
PRESCRIÇÃO:		APRAZAMENTO:		OBSERVAÇÃO:			
1) Dipirona 2g EV agora.							
2) Rx xolho, perna, tornozelo e pé (D).							
Condição: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☒ Transferência para: Ortopedia		Dr. Edson Soares Ortopedia e Traumatologia CRM 1828/RR		☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta:			
óbito: ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável:		Carimbo e Assinatura do Médico:					
Impresso por: edvan.nascimento Data Hora: 20/08/2019 08:28:47							



Data: 26/08/2019

RISCO CIRÚRGICO CARDIOLÓGICO

GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA, 44 ANOS

PACIENTE INTERNADA DEVIDO FRATURA TRAUMÁTICA DE MALEOLO MEDIAL DIREITO, COM PROPOSTA DE CIRURGIA ORTOPEDICA DE CORREÇÃO.

ANTECEDENTES: ARTRITE REUMATÓIDE, FAZ USO DE PREDNISONA 10 MG/DIA. ALERGIA A AAS.

PA: 112/72 MMHG FC: 72 BPM
AO EXAME: REG, CORADA, HIDRATADA, AFEBRIL, EUPNEICA EM REPOUSO
AC: RITMO CARDIACO REGULAR EM 2T BNF SEM SOPROS
R: MV EM AHTX, SEM RA
ABD: FLÁCIDO, RHA+, SEM MEGALIAS
EXT: PP<3S, PANTURRILHAS LIVRES, SEM EDEMAS. IMBOLIZAÇÃO DE MID

ECG (23/08/2019): RITMO SINUSAL, FC 72 BPM, SAQRS 0°, INTERVALOS ADEQUADOS, SEM CRITERIOS DE SOBRECARGA DE CAMARAS

RX DE TÓRAX (23/08/19): ÍNDICE CARDIOTORACICO DISCRETAMENTE AUMENTADO. SEM PNEUMOPATIAS CONGESTIVAS OU CONSOLIDATIVAS

EXAMES LABORATORIAS (23/08/19): LCT 5170 HB HT 36,10% PQT 261.000 CR 0,82 UREIA 24,31

CAPACIDADE FUNCIONAL: BOA

HD:

- ESCORE DE RISCO: SEGUNDO ESCORE DE LEE - ESCORE 0 / CLASSE I (0,4% DE RISCO DE COMPLICAÇÕES);

CD:

- Sugiro cuidados convencionais em pós-operatório de cirurgia ortopédica: evitar sobrecarga hídrica, controle algico adequado, monitorização de sinais vitais no Peri operatório e introdução de profilaxia de trombose venosa profunda quando possível.

Dr. Kim Fong Doi Chan
CRM-RR 1437
CNS 980016290027196

Emergência de AAS

Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				4 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE							
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
5 - NOME DO PACIENTE <i>GRACIA ROSINA</i>				9 - SEXO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO			
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				15 - UF			
				16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fraqueza no membro superior</i>							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>TOO LINNBIW</i>							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>RX</i>							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>EMT MALUOKO</i>							
21 - CID 10 PRINCIPAL (Nº 1) CID 10 SECUNDÁRIO 23 CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>OSSEOSS DE TORAX</i>							
25 - CLÍNICA		26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		27 - DOCUMENTO			
28 - CLÍNICA		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF)		30 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		33 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
34 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
35 - COD. ÓRGÃO EMISSOR							
36 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							
37 - Nº DO BILHETE							
38 - CNPJ DA SEGURADORA							
39 - CNPJ EMPRESA							
40 - CNAE DA EMPRESA							
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
42 - EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)							
47 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO							

0408050578
5825
27.8
V199



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 27/08/19

O.S. _____

GLAUCIA
ROBINA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura de Malúolo Monil

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: DR ALBERTO

1º AUXILIAR:

DR VITOR P

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

OS DOIS DE MALÚOLO MONIL

1) Redução em posição anatómica

2) ASSERSIÓ + ANTISSEPT + AMPOL

3) ALCHOOL MONIL + REDUÇÃO +
FIXAÇÃO com 2 Pinos FIBROS

4) RX

Dr. Alberto Ferreira
Médico Ortopedista/Trau.
CRM/RP 1617
Título Especialista 12a

Vitor Paracat Santiago
Ortopedista/Trau.
CRM/RP 1635
RQE: 610



ESTADO DE RORAIMA

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: Ortopedia	Procedimento Realizado: Osteossíntese de tornozelo	'D'
Nome do Paciente: Gláucia Regina A. Silva	Nº do Prontuário	Data: 27/08/19	
Bloco:	Enfermaria: Posto 4	Leito: 68	Nº da Sala: Circulante de Sala: Elisvela / Claudenir
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:			

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima ()	Empresa ()	Dados Adicionais:
-------------------------------	-------------	-------------------

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID.	QUANT.	MARCA
	Parafuso esportivo 50 c/roscas parciais.		01	
	Parafuso esportivo 50 roscas total		01	
	Arruela nº 12.		01	

MÉDICO CIRURGIÃO:

19 AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

1ª VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE
2ª VIA- OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: seo-ma-hor@ameil.com





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio do Brasil"

FICHA DE ANESTESIA

Gláucia Regina de Almeida Silva. 44a 27/06/19

Alergia a AAS
Artrite Reumatoide.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

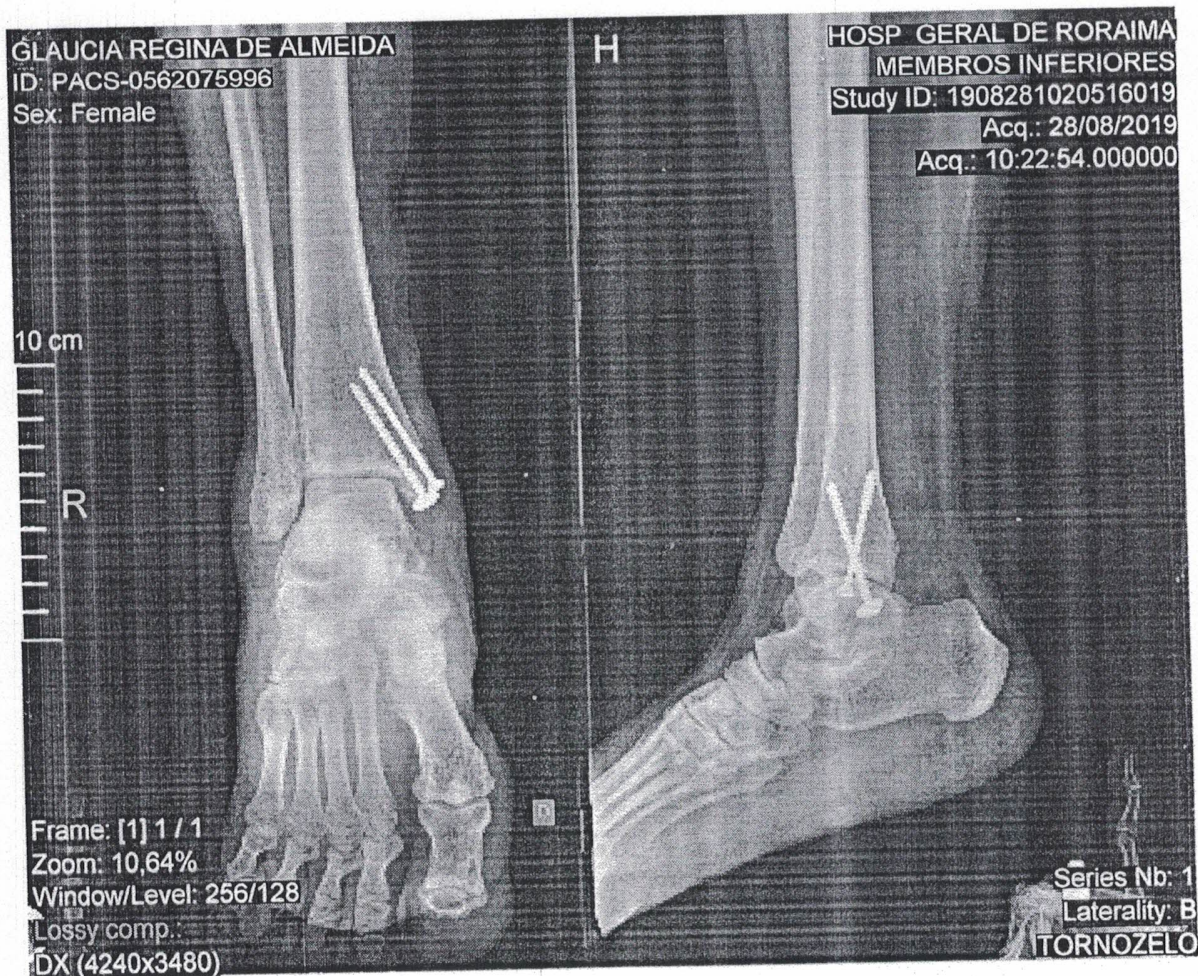


SÍMBOLOS

2456
2291

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Pantanil 100mg		CAUTANISTESA PRIMARIANA	MONITOR: SpO2, FC, PA, LECU.
B. Midazolam 5mg		C1 TÉCNICA ASPIRICA L2-L3	① AUP ② CA 02 20mm
C. Bupivac 15mg		C1 Agulha 25G de Quinck	③ Sedação frontil 100mg
D.		Ventilação espontânea	④ Bupivac 15mg
E.		C1 O2 suplementar	⑤ Desmetosona 10mg EV
F.			⑥ Orelha direita 1g EV
G.			⑦ D. p. 10mg 2g EV
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	⑧ Tiamadol 100mg EV
NDOD		Naso / Oro Faríngea - Cego	
SANGUE		Bal - Tamp - Canote do Tubo	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
Sr. P. 1000 - e		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL 1150 - e		2h.	
OPERAÇÃO Osteosíntese de Moleno medial ①			
ANESTESIA Dr. Michel R. Bruno		CÓDIGO 1000	PERDA SANGÜEA
Dr. Michel R. Bruno		Dr. Vitor / Dr. Alberta	esperado / mínimo

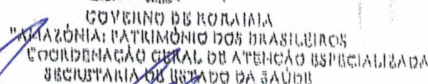
Michel M. Moura
Médico Anestesiologista
CRM - RR 1106



Esponjoso 4,0



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJVTP HF6P8 4HSZB U3RDU



HOME:

APC/CTD, *in vivo*

O senhor, Senhor Regino de Almeida Silva,
 filho de Cecília de Melo (20/9/2019) e
 Patrícia Maria do Toroselo (1) (Pato tolerante
 cirurgico (27/09/2019) (1) (Mucosa crua e
 osteomito e 2 perfuram em mola med.
 Após consideração e peritagem teve alta
 depois de 11 dias de cirurgia (29/10/2019)
 com cura de 11 dias após mola med.
 e 11 dias de 11 dias.

O senhor de nome do Toroselo (1) (Pato tolerante
 11/2 Seguido de Fritas do Toroselo (1)
 para a possibilidade de estudos para
 a importância de 11 dias de 11 dias e 11 dias
 de 11 dias.

11/2 11/2 11/2

Eduardo de C. Guerra
 11/2 11/2 11/2

DATA

CLINICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Melo, 630 - Centro/Don Vitoria RH
CEP: 69.301-150 - CNPJ: 14.013.403/0001-00

Dr. Eduardo de C. Guerra
Academia / Trauma-Acupuntura
ARM-RR-589



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190652390

Vítima: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 000003200-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você