

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341

AGÊNCIA: 0477

CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:

10/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FELIPE CHAVES MUNIZ

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000027322-5

Autenticação:

DB99BE239D45A6381B1124D96120C4681031AA23B23E7C181F71435467C96D11

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190304276 **Cidade:** Amajari **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FELIPE CHAVES MUNIZ **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA MULTIFRAGMENTAR DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: EXAME ELETRONEUROMIOGRÁFICO APRESENTADO COM DATA DE 04/02/2019, REALIZADO TRÊS MESES APÓS O ACIDENTE INFORMANDO LESÃO PARCIAL DO PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO. DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR APRESENTADA INFORMA SOMENTE A FRATURA NA PATELA DIREITA, NÃO CONSEGUIMOS PORTANTO, ESTABELECER NEXO CAUSAL DA LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO COM O ACIDENTE DE TRANSITO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



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, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190304276 Vítima: **FELIPE CHAVES MUNIZ**

Data do Acidente: 04/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FELIPE CHAVES MUNIZ

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **FELIPE CHAVES MUNIZ**

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 341

Agência: 000008526

Conta: 0000027322-5

Tipo: CONTA POUPANCA

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, retorno 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190304276 **Cidade:** Amajari **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FELIPE CHAVES MUNIZ **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA MULTIFRAGMENTAR DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: EXAME ELETRONEUROMIOGRÁFICO APRESENTADO COM DATA DE 04/02/2019, REALIZADO TRÊS MESES APÓS O ACIDENTE INFORMANDO LESÃO PARCIAL DO PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO. DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR APRESENTADA INFORMA SOMENTE A FRATURA NA PATELA DIREITA, NÃO CONSEGUIMOS PORTANTO, ESTABELECEM NEXO CAUSAL DA LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO COM O ACIDENTE DE TRANSITO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HGSE - Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSF
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3306

1801030830

04/11/2018 16:59:19

1^a Classificação Reclassificação

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul Ass.

Reclassificação

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul Ass.

Reclassificação

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul Ass.

DIURNO 07-19 14

Paciente:

FELIPE CHAVES MUNIZ

Tipo Doc:

Documento:

Órgão Emissor:

Data Emissão:

Data Nascimento:

25/10/1993

Idade:

25 A 0 M 10 D

CNS:

700509755743855

CPF:

Prontuário

Mãe:

IZABEL SILVA CHAVES

Endereço:

RUA - AMAJARI - SN - BOA VISTA - RR

Sexo:

M

INFORMADO

NI

Estado Civil:

NAO

INFORMADO

NI

Raça/Cor:

PARDA

INFORMADO

NI

Raça:

INFORMADO

NI

18:30

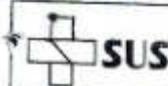
Pte vítima de queda de moto e
toracico envolto em jacto D-

No teto houve confusão c/
exposição da pataca.

Apresenta fratura multifragmata
frat exposta de pataca.
C/L. Ao cl

Dr. Jonas C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Clínica do João
CRM/RR 1759/TEOT 14272





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Alta 12111

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Felipe Chaves Muniz

5 - N° DO PRONTUÁRIO

468723

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7100519181715131413181515

8 - DATA DE NASCIMENTO

25/01/83

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Izabel Silva Chaves

11 - FONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com fraturas expostas do joelho (0) cominato



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 MAI 2019

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO cirurgico

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura exposta de joelho (0)

21 - CID 10 PRINCIPAL / 22 - CID 10 SECUNDÁRIO / 23 - ICD-9-CM / 24 - ICD-9-CM-V / 25 - ICD-10-CM / 26 - ICD-10-CM-V / 27 - ICD-10-PCS / 28 - ICD-10-PC / 29 - ICD-10-PC-V / 30 - ICD-10-PC / 31 - ICD-10-PC-V / 32 - ICD-10-PC / 33 - ICD-10-PC / 34 - ICD-10-PC / 35 - ICD-10-PC / 36 - ICD-10-PC / 37 - ICD-10-PC / 38 - ICD-10-PC / 39 - ICD-10-PC / 40 - ICD-10-PC / 41 - ICD-10-PC / 42 - ICD-10-PC / 43 - ICD-10-PC / 44 - ICD-10-PC / 45 - ICD-10-PC / 46 - ICD-10-PC / 47 - ICD-10-PC / 48 - ICD-10-PC / 49 - ICD-10-PC / 50 - ICD-10-PC / 51 - ICD-10-PC / 52 - ICD-10-PC / 53 - ICD-10-PC / 54 - ICD-10-PC / 55 - ICD-10-PC / 56 - ICD-10-PC / 57 - ICD-10-PC / 58 - ICD-10-PC / 59 - ICD-10-PC / 60 - ICD-10-PC / 61 - ICD-10-PC / 62 - ICD-10-PC / 63 - ICD-10-PC / 64 - ICD-10-PC / 65 - ICD-10-PC / 66 - ICD-10-PC / 67 - ICD-10-PC / 68 - ICD-10-PC / 69 - ICD-10-PC / 70 - ICD-10-PC / 71 - ICD-10-PC / 72 - ICD-10-PC / 73 - ICD-10-PC / 74 - ICD-10-PC / 75 - ICD-10-PC / 76 - ICD-10-PC / 77 - ICD-10-PC / 78 - ICD-10-PC / 79 - ICD-10-PC / 80 - ICD-10-PC / 81 - ICD-10-PC / 82 - ICD-10-PC / 83 - ICD-10-PC / 84 - ICD-10-PC / 85 - ICD-10-PC / 86 - ICD-10-PC / 87 - ICD-10-PC / 88 - ICD-10-PC / 89 - ICD-10-PC / 90 - ICD-10-PC / 91 - ICD-10-PC / 92 - ICD-10-PC / 93 - ICD-10-PC / 94 - ICD-10-PC / 95 - ICD-10-PC / 96 - ICD-10-PC / 97 - ICD-10-PC / 98 - ICD-10-PC / 99 - ICD-10-PC

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TTO cirurgico de Fratura exposta de joelho (0)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

(CNS CPF)

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dra. Leoba

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

04/11/18

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

[Signature]

GENTE SEGURADORA S/A

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CDIR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0408050527

5820

45 - DOCUMENTO

CNS CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNS CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

04/11/18

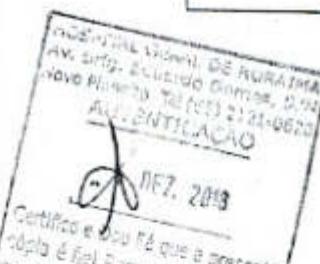
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

BOLETIM OPERÁRIO

Felipe Souza Muniz

Data: 04/11/18

O.S. _____



DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta fáscia (P)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: TTO (irrigação de fratura exposta fáscia (P))

TIPO DE INTERVENÇÃO: Cirurgico

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: (P)

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: (P)

CIRURGIÃO: Dr. Pedro

1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESISTAS: Dr. Fabio

ANESTÉSICO: _____

NÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

(P) Enfarto DDA + Anestesia

(P) Angio + Antangiaria

(P) Linc com SF.O.GY. exaustivamente

(P) Desbridamento

(P) LMC com SF.O.GY. exaustivamente

(P) Sutura com Nylo

(P) OBS: Não realizado osteointe por não ter material de reinter no estoque.

(P) Curativo + Tab genada (Não tem estofado para unidade).

(P) Ao RPA.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 414 - Boa Vista - RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
— "Amazônia Pazienda das Belezas" —

FICHA DE ANESTESIA

Felipe Chaves Muniz 23a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

1

04 11 2019

AGENTES				ÁREA DE SINISTROS - DPVAT	
A	YOLANDO 15114	DOSSES	TÉCNICA	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
B	EDILSON SANTOS 601		Resuscitação Prolongada		
C			Supervivente 65/12m		
D			Veículo: Automóvel		
E					
F					
G					
GLUCOSE	LÍQUIDOS				
NOCO		Cânula - Naso / Cro Faringe Naso / Oronasal - Cega Bal - Temp - Calibre do Tubo Sob Máscara			
SANGUE		Dificuldade Técnica			
1000ml		TEMPO DE ANESTESIA			
TOTAL			8:44 01/12		
OPERAÇÃO	Tx expslo potro				
ANESTESIA	Dr Edimilson		Lanugo - Espasmo - Excesso Secreto - Depressão Respiratória - Hipoxia - "Bucking" - Vômito		Hamatocito - Arritmia - Bradicardia - Choque
	CÓDIGO	CIRURGIA	PERDA SANGUÍNEA		
		Dr. Pacheco	M		

Bruno Thibault, C.I. Photo
MEDICO
CRM-RR 335



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE Felipe Chaves Muniz		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DAT 04111 / 11
		CIRURGIA 25 anos		
TIPO limpeza cirúrgica pélvica (D)		INICIO 20:47	FIM 23:43	TEMPO DE DURAÇÃO TEMPO TOTAL
CIRURGIÃO Pedro	EQUIPE MÉDICA Edino Fabio Fronteira	ANESTESISTA: RES. ANESTESIA: INSTRUMENTADOR:		
1º AUXILIAR			CIRCULANTE Elisilva Samuel Hilma Rai	
2º AUXILIAR			TEMPO DE DURAÇÃO:	
TIPO DE ANESTESIA: Rocuron				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		40	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 250ml
<input type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLN°
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N° 2
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°
<input type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°
<input type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURIN°			FIO CATGUT SIMPLES N°
<input type="checkbox"/>	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°
<input type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°
<input type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°
<input type="checkbox"/>	SERINGA 01ML			SURGICEL
<input type="checkbox"/>	SERINGA03ML	03 MA 2019		CERA P/ OSSO
<input type="checkbox"/>	SERINGA05 ML			KIT CATARATAN°
<input type="checkbox"/>	SERINGA 10ML			GEOFOAM
<input type="checkbox"/>	SERINGA20ML			FITA CARDIACA
				OUTROS:
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO				
GENTE SEGUROADORA S/A Av. Ceará, 1100 - Centro - RR - 66010-000				

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Renata Jackeline	MATERIAL MEDICAMENTOS SUB-TOT/
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA SOM ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE



ପ୍ରାଚୀ

NOME: Felipe Chaves Muniz

**SAE – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAG
CENTRO CIRÚRGICO/SR**

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Dra Edmilia Paixão

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Paciente Telma Chaves Manz
Localizável Lungão Dr. Pedro

SAÍDA (Sala Res Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: () Sim () Não

CIRURGÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

() Identificação do paciente

() Sítio cirúrgico

() Procedimento

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO
() Sim () Não
- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
() Sim () Não () Não se Aplica
- 3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
() Sim () Não () Não se Aplica

RISCO CIRÚRGICO
() Aplica () Não se Aplica

ESTERILIZADO
() Não () Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA:

O ÓXIMETRÔ DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

HERANÇA CONHECIDA
() Não () Sim, Qual:

VASCULARE JUGULAR RISCO DE ASPIRAÇÃO
() Não () Sim, e equipamento/assistência disponivel

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml
() Não () Sim, e se o risco endovenoso adequado e planejamento para fluidos

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
() Sim () Não se aplica

Data: 17/05/2010 **Hora:** 09:30

Assinatura e Carimbo



Schriften des Instituts für Romanistik

PRESCRIÇÃO DIL



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVÍCIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PREScrição MÉDICA



108-1

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	<i>Leopoldo</i>		
DIAGNÓSTICO	<i>fratura exposta de perna</i>		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	05/11/18
ITEM	PREScrição		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SNB
2	AVP		inter
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H		08 14
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H		12 24
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H		16 18
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		22 04
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		SN
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N		SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		SN
11	CURATIVO DIARIO		m
12	SSVV + CCGG 6/6 H.		rotina
13	<i>04/10 CLOTAZOCINA 240mg EV 1X/06</i>		16
14	<i>CLOTAZOCINA 600mg CV. G16 06/18</i>		16 26 06
15			
16	<i>No doco</i>		
17			
18	<i>Dr. Motta</i>		
19	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% 42 MIL EV + AVISAR PLANTONISTA		
20			

Evolução médica:

Paciente estável. Admitido às 16 hrs.
fd. m c P.M + 88W3.

15:20 PA 140/79

FC 96 BPM

T 36,2

Tcharlyse
Tcharlyson de Freitas Ribeiro
Enfermeiro
COREN-RR-435.229

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Cipriano Bezerra, 484 - Distrito Industrial - RR

Leopoldo
Paciente Azarela
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 000 184 057

SINAIS VITAIS	PC	R	TEMP.
6 H	100/70	88	-
12 H			
18 H	135/74	91	36,2
24 H	120/80	90	-

06:00 - Paciente sem sequelas *(Assinatura)*

NIR
Regulado
para leito

SLA/108-1
Resolução Interna

108 - 1



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE FELIPE CHAVES MUNIZ

AGNÓSTICO EXPOSTA DE PATELA D

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

LEITO

108-1

DATA

06/11/2018

PREScrição

HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N	
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H	
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
11	SSVV + CCGG 6/6 H	
12	CURATIVO DIÁRIO	
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H	
14	LEVOFLOXACINO 500MG EV 1X/DIA	
15		
16		
17		
18		
19		
20		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,
ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE# EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO,
ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RS

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

SINAIS VITAIS

# PREVISÃO DE ALTA	SEM PREVISÃO	FR	
6 H	PA	FC	
12 H	135-81	87	-
18 H	134x79	96	17
24 H	150-90	103	36,71

Dr. Fernando Rezende
CRM-RR/2007
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

12b. Paciente medicado c fm/
item 13, feito pelo prescri-

Nº



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	FELIPE CHAVES MUNIZ		
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE PATELA D		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	108-1	DATA
ITEM	PREScriÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SF 0,9% 500ML EV S/N		
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N		
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H		
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
11	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CURATIVO DIÁRIO		
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H		
14	LEVOFLOXACINO 500MG EV 1X/DIA		
15			
16			
17			
18			
19			
20			
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

Evolução médica:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,
ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

#EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO,
ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

#SOLICITADO :

#CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITIAIS

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

	PA	FC	FR
6 H			
12 H	130x87	97	36.3
18 H	110x70	90	28°C
24 H	130x80	90	36°C

Dr. Fernando Rezende
CRM-RR 2807
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

12h paciente medicado com:
e verificado 5600 ml.
fazendo
06:00 pet no leito aceitando
medicação cpm ssvv tutto
5ml. queixas nega aos cuidados



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	FELIPE CHAVES MUNIZ		
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE PATELA D		
ALERGIAS			
IDADE	HAS	DM2	
ITEM	LEITO	108-1	DATA 08/11/2018
PREScrição			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND
2	SF 0,9% 500ML EV S/N		
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N		
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H		
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		12 18 06
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		TSN
11	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CURATIVO DIÁRIO		Rotina
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H		Roxalivo
14	LEVOFLOXACINO 500MG EV 1X/DIA		14:00
15			14:00
16			
17			
18			
19			
20			
<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,
ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,
ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

SINAIS VITAIS PARA VISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO

6 H	PA	FC	FR	
12 H	104x9	102	-	36°
18 H	118/77	108		36,6°
24 H	136x82	103		37°

Dr. Fernando Rezende
CRM-RR 2007
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

11:30 paciente no leito, medicado evpi.
sem episódios ss vvi em interconexões.



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE FELIPE CHAVES MUNIZ			
AGNÓSTICO FX EXPOSTA DE PATELA D			
ALERGIAS			
IDADE	HAS	DM2	
ITEM	LEITO	108-1	DATA 09/11/2018
PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO	
2	SF 0,9% 500ML EV S/N	SND	
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N	Ambayado SN	
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN	
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H 02:50	10	10
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN	
11	SSVV + CCGG 6/6 H	Férina	
12	CURATIVO DIÁRIO	Ativativo	
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H	10	
14	LEVOFLOXACINO 500MG EV 1X/DIA	10	
15			
16			
17			
18			
19			
20			
<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,
ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO,
ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO :

CONDUTA : MANTIDA

SINAIS VITAIS

#	REVISÃO DE ALTA	SEM PREVISÃO	FR	
6 H	PA	FC		
12 H	130-90	76	-	36,30
18 H	110x80	104		36,7
24 H	120x80	106		36,80

Dr. Fernando Rezende
CRM-RR 2007
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

064 - 120x80 97

36°C



108 S

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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
-------------------------	------------	-----------

PACIENTE FELIPE CHAVES MUNIZ

AGNÓSTICO FX EXPOSTA DE PATELA D

ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	108-1	DATA
ITEM	PREScrição		HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SF 0,9% 500ML EV S/N		SN
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N		
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		SN
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H		10:15 21.06.
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		22.06.
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		3 SN 22.06.
11	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CURATIVO DIÁRIO		Rotina
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H		Curativo
14	LEVOFLOXACINO 500MG EV 1X/DIA		14:22:06
15			20
16			
17			
18			
19			
20			
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,
ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,
ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

SINAIS VITAIS

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO	PA	FC	FR	
6 H	140/90	127	-	36 J
12 H	140/100	81		
18 H	140/80	110		
24 H	140/80	110		
06h	117x72	102		

Dr. Fernando Rezende
CRM-RR 2007
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

10 - Planteão diurno. Paciente em repouso no leito, ambulante, mobilizado. Administrada c

108.1

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																													
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																													
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																													
		PRESCRIÇÃO MÉDICA																													
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN																											
PACIENTE FELIPE CHAVES MUNIZ																															
AGNÓSTICO FX EXPOSTA DE PATELA D																															
ALERGIAS		HAS		DM2																											
IDADE		LEITO	108-1	DATA	11/11/2018																										
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																										
1	DIETA ORAL LIVRE				SN																										
2	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN																										
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N				SN																										
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN																										
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				SN																										
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN 20.06																										
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN 20																										
11	SSVV + CCGG 6/6 H				12 18 21 06																										
12	CURATIVO DIÁRIO				M																										
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H				14 22 06																										
14	LEVOFLOXACINO 500MG EV 1X/DIA				20																										
15																															
16																															
17																															
18																															
19																															
20																															
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA																															
EVOLUÇÃO MÉDICA:																															
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE				ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO																											
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.				03 MAI 2019																											
# SOLICITADO:				GENTE SEGURADORA S/A Av. Cipriano Vaz Bezerra, 484 - Boa Vista - RR																											
# CONDUTA: MANTIDA																															
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA SINAIS VITAIS <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td>132/81</td> <td>104</td> <td></td> <td>35,6</td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>118/74</td> <td>91</td> <td></td> <td>36,3</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>95/79</td> <td>90</td> <td></td> <td>36,2</td> </tr> <tr> <td>22 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								PA	FC	FR		6 H	132/81	104		35,6	12 H	118/74	91		36,3	18 H	95/79	90		36,2	22 H				
	PA	FC	FR																												
6 H	132/81	104		35,6																											
12 H	118/74	91		36,3																											
18 H	95/79	90		36,2																											
22 H																															
Dr. Fernando Rezende CRM-RB 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia																															

Plantes Diurno: Administrado trocado AVP com gelco no 20°
 medicação de horário rean. em horario CPNT Minimamente 6 horas SSI



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	FELIPE CHAVES MUNIZ		
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE PATELA D		
ALERGIAS			
IDADE	HAS	DM2	
ITEM	LEITO	108-1	DATA
PRESCRIÇÃO			12/11/2018
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO	
2	SF 0,9% 500ML EV S/N	SND	
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N	7	
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	5N	
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H	18 38 24 06	
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	21 06	
11	SSVV + CCGG 6/6 H	Rotina	
12	CURATIVO DIÁRIO	WW	
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H	21 06	
14	LEVOFLOXACINO 500MG EV 1X/DIA	20	
15			
16			
17			
18			
19			
20			
<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

Av. Eng. Edmundo Goedel, 2
CEP 69010-310 (53) 3224-0642
AUTENTICADO

~~DEZ. 2018~~

Certifico que a prescrição constante na cópia da ordem médica original que foi apresentada neste hospital

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,
ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

#EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,
ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

Alta MTR. Aguardar procedim.

Un. Oca.

CH

#SOLICITADO:

#CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

SINAIS VITAIS

# PREVISÃO DE ALTA	SEM PREVISÃO	FR	
6 H	PA	FC	
12 H	136/81	69	- 36,0°C
18 H			
24 H			

Dr. Fernando Rezende
CRM-RR 2007
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

12h Paciente no leito sem queixas

*Assinatura da Silvia
Silvia da Silveira
Enfermeira
REN-RR 08*

Laudo do exame

Paciente: Felipe Chaves Muniz, 25 anos

Data: segunda-feira, 4 de fevereiro de 2019

Suspeita diagnóstica: Acidente no trânsito em 04-11-2018, com trauma em ombro esquerdo evoluindo com hipotonia de MSE.

Médico: Dr. Marcos Branner

VC motora

Teste	Pto. estim.	Lat., ms	Ampl., mV	Dur., ms	Área, mV×ms	Estim., mA	Estim., ms	Dist., mm	Tempo, ms	Vel., m/s
direita, Deltóide, Axilar, C5 C6										
6	Ponto de Erb	2,44	0,635	13,0	5,0	100	0,2	200		
esquerda, Biceps braquial, Músculo-cutâneo, C5 C6										
7	Ponto de Erb	5,12	4,3	13,1	35,5	33	0,2	310		
esquerda, Braquiorradial, Radial, C5 C6 c7										
5	cotovelo	11,5	0,168	8,18	0,6	100	0,3	70		
	terço médio do braço	14,1	0,417	6,2	1,1	100	0,3	80	2,54	31,5
esquerda, Abductor do mínimo, Ulnar, C8 T1										
3	punho	3,12	7,76	6,8	27,1	28	0,2	70		
	cotovelo	9,84	1,98	9,12	10,0	92	0,2	270	6,72	40,2
	terço inferior do braço	14,0	1,01	8,27	4,6	92	0,2	70	4,13	17,0
direita, Abdutor curto do polegar, Mediano, c6-t1										
1	punho	7,76	3,78	7,04	14,4	49	0,2	70		
	cotovelo	11,4	4,02	8,52	13,6	49	0,2	240	3,68	65,2

VC sensitiva

Teste	Ptos. de estim. (captação)	Lat., ms	Ampl., µV	Dur., ms	Area, nV×s	Estim., mA	Estim., ms	Dist., mm	Tempo, ms	Vel., m/s
esquerda, Ramo superficial do n. radial, C5 C6										
13	Middle third of forearm	0			24	0,1				
esquerda, n. Mediano II dedo										
10	punho	0			25	0,1				
esquerda, n. Mediano III dedo										
10	punho	0			43	0,1				
esquerda, n. Ulnar										
9	punho	0			32	0,1				

Parâmetros de onda-F

Teste	Fmin lat., ms	F ampl., µV	M lat., ms	Fmin-M lat., ms	Fmédia/M ampl., %	Max Vprox., m/s	V prox. dif., m/s
esquerda, Abductor do mínimo, Ulnar, C8 T1							
4		4,16					
direita, Abdutor curto do polegar, Mediano, c6-t1							
2	35,1	7,08	28,1				

VC motora

direita, Deltóide, Axilar, C5 C6

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Ribeiro, 664 - Boa Vista - RR

4 ms 400 μ V



Amplitude de onda M 0,635 mV. Latência terminal de 2,44 ms com distância estímulo-captação de 200 mm.
VC motora

esquerda, Biceps braquial, Músculo-cutâneo, C5 C6

4 ms 750 μ V



Amplitude de onda M 4,3 mV. Latência terminal de 5,12 ms com distância estímulo-captação de 310 mm.
VC motora

esquerda, Braquiorradial, Radial, C5 C6 c7

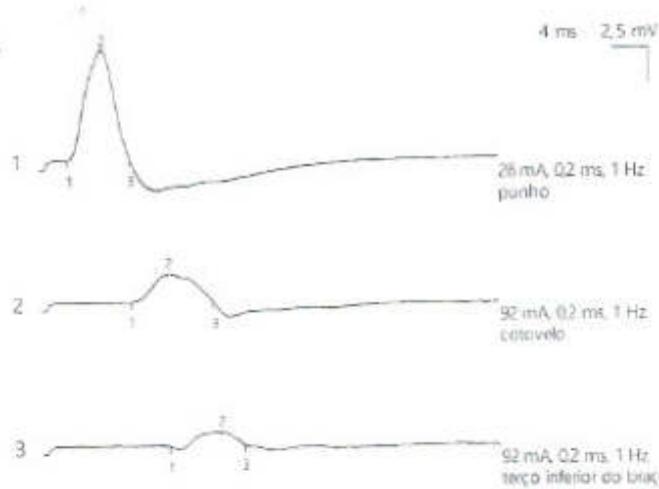
4 ms 1 mV



Amplitude de onda M com estímulo distal é de 0,168 mV. Latência residual de 9,31 ms. Velocidade no segmento "cotovelo – terço médio do braço" 31,5 m/s.

VC motora

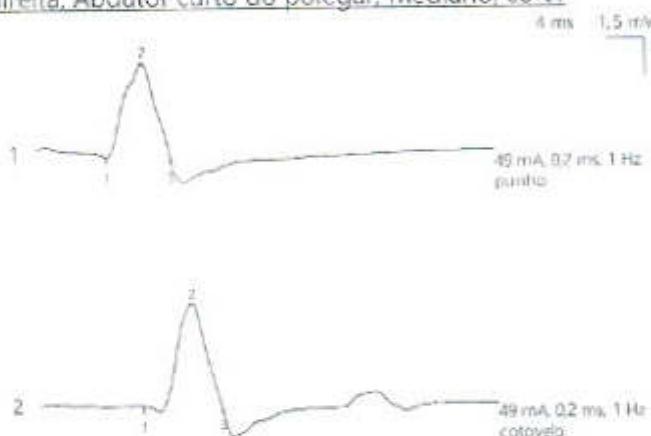
esquerda, Abductor do minímo, Ulnar, C8 T1



Amplitude de onda M com estímulo distal é de 7,76 mV. Latência residual de 1,38 ms. Velocidade no segmento "punho – cotovelo" 40,2 m/s. Velocidade no segmento "cotovelo – terço inferior do braço" 17,0 m/s.

VC motora

direita, Abdutor curto do polegar, Mediano, c6-t1



Amplitude de onda M com estímulo distal é de 3,78 mV. Latência residual de 6,69 ms. Velocidade no segmento "punho – cotovelo" 65,2 m/s.

VC sensitiva

esquerda, Ramo superficial do n. radial, C5 C6



Potencial de ação de nervo no sítio "Middle third of forearm" está ausente.

VC sensitiva

esquerda, n. Mediano II dedo
esquerda, n. Mediano III dedo



Potencial de ação de nervo no sítio "punho" está ausente. Potencial de ação de nervo no sítio "punho" está ausente.
VC sensitiva

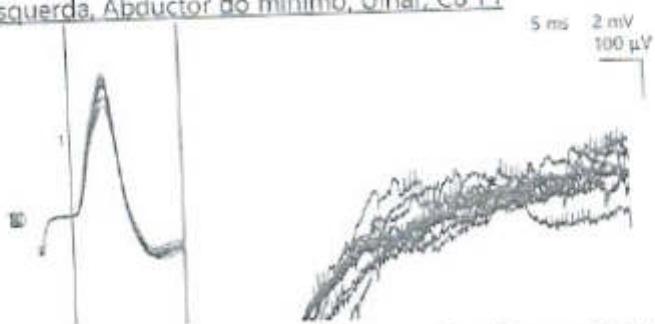
esquerda, n. Ulnar



Potencial de ação de nervo no sítio "punho" está ausente.

Onda-F

esquerda, Abductor do minimo, Ulnar, C8-T1

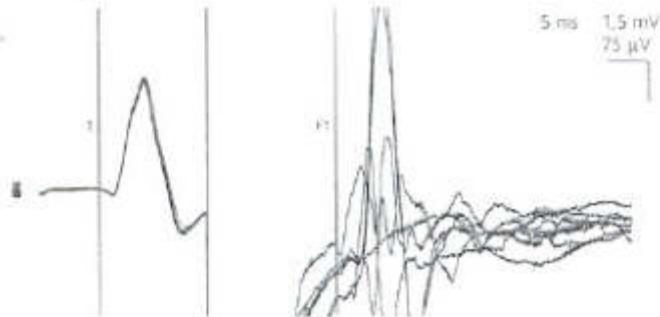


Latência mínima de ondas F 0 ms, máxima 0 ms, média 0 ms, diferença 0 ms. Sem ondas F repetitivas. Sem bloqueios, sem ondas F gigantes.

Análise de ondas-F

M lat., ms	Lat. F., ms	F lat. perif., ms	Fmin-M lat., ms	V pr., m/s	Dist. vértebra-pto. estim., mm
4,16					0

Onda-F
direita, Abductor curto do polegar, Mediano, c6-t1



Latência mínima de ondas F 35,1 ms, máxima 35,1 ms, média 35,1 ms, diferença 0 ms. Sem ondas F repetitivas. Sem bloqueios, sem ondas F gigantes.

Análise de ondas-F

M lat., ms	Lat. F, ms	F lat. perif., ms	Fmin-M lat., ms	V pr., m/s	Dist. vértebra-pto. estím., mm
7,08	35,1	20,6	28,1		0

Atividade espontânea

esquerda. Deltóide, Axilar, C5 C6

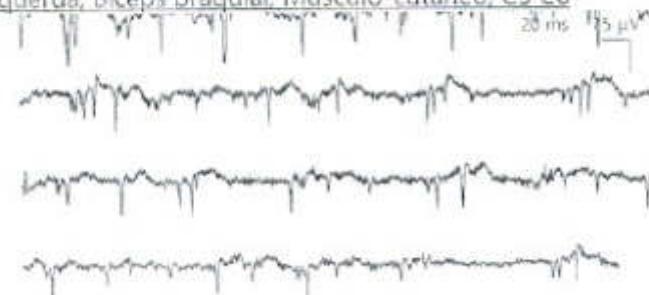


Fenômenos

Fenômeno	Manifes- tações	Contagem	Ampl., μV	Freq., Hz
Spontaneous activity was not detected	0	0	0	0

Atividade espontânea

esquerda. Biceps braquial, Músculo-cutâneo, C5 C6

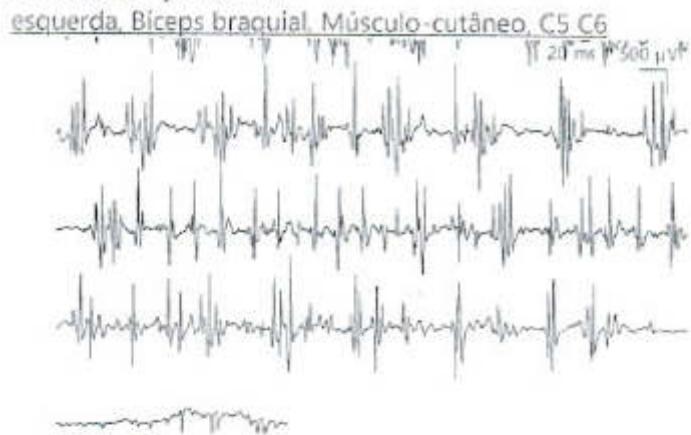


Fenômenos

Fenômeno	Manifes- tações	Contagem	Ampl., μV	Freq., Hz

Spontaneous activity was not detected	0	0	0
---------------------------------------	---	---	---

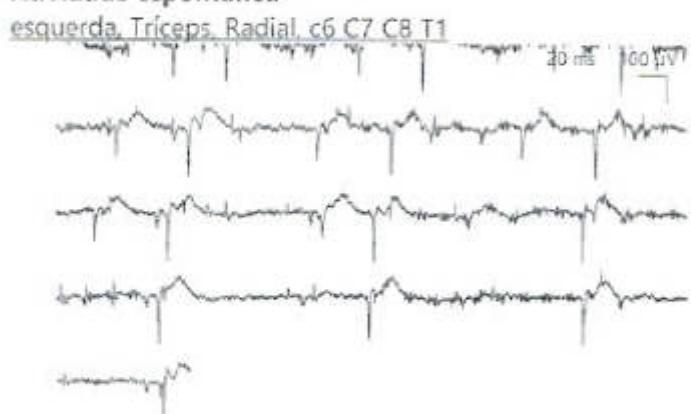
Atividade espontânea



Fenômenos

Fenômeno	Manifestações	Contagem	Ampl., µV	Freq., Hz
Spontaneous activity was not detected		0	0	0

Atividade espontânea

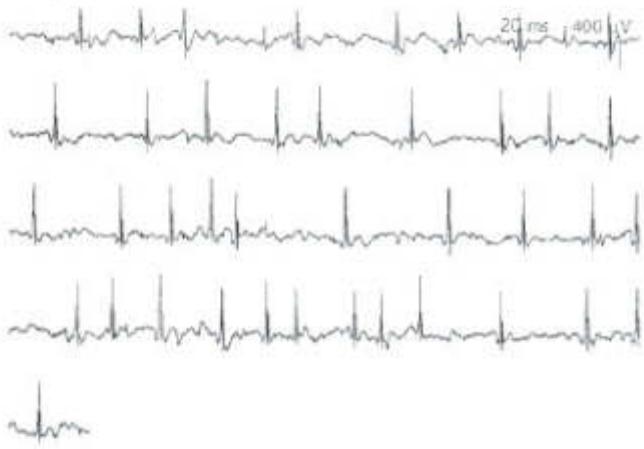


Fenômenos

Fenômeno	Manifestações	Contagem	Ampl., µV	Freq., Hz
Spontaneous activity was not detected		0	0	0

Atividade espontânea

esquerda, Tríceps, Radial, c6 C7 C8 T1

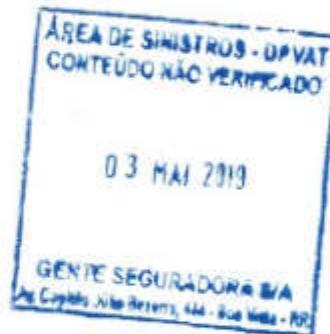
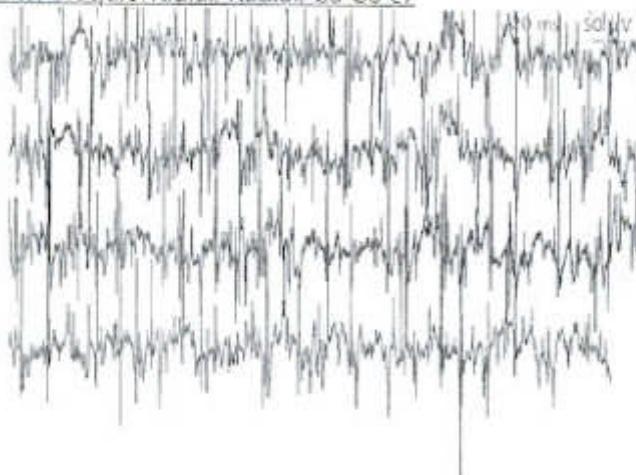


Fenômenos

Fenômeno	Manifes- tações	Contagem	Ampl., μV	Freq., Hz
Spontaneous activity was not detected	0	0	0	0

Atividade espontânea

direita, Braquiorradial, Radial, C5 C6 c7

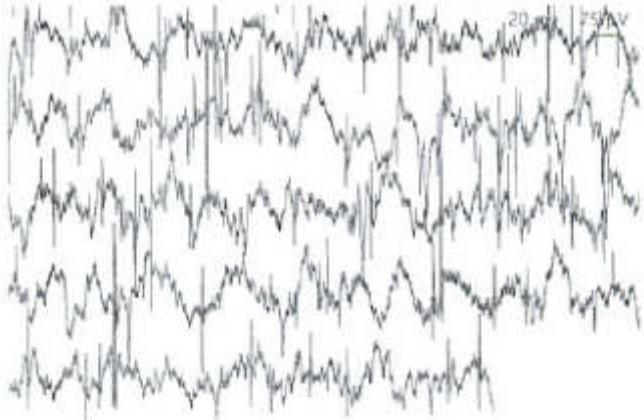


Fenômenos

Fenômeno	Manifes- tações	Contagem	Ampl., μV	Freq., Hz
Spontaneous activity was not detected	0	0	0	0

Atividade espontânea

esquerda, Abductor digiti minimi, Ulnaris, C8 T1

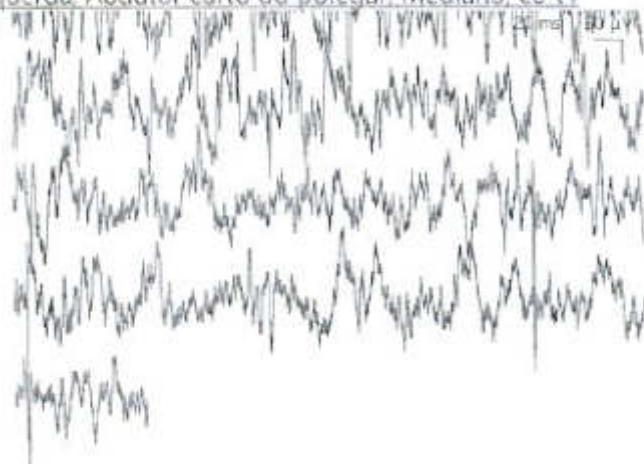


Fenômenos

Fenômeno	Manifes-tações	Contagem	Ampl., µV	Freq., Hz
Spontaneous activity was not detected	0	0	0	0

Atividade espontânea

esquerda, Abdutor curto do polegar, Mediano, c6-t1

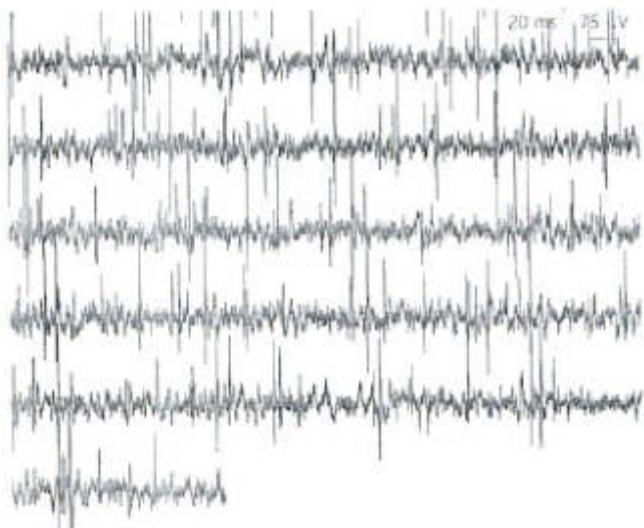


Fenômenos

Fenômeno	Manifes-tações	Contagem	Ampl., µV	Freq., Hz
Spontaneous activity was not detected	0	0	0	0

Atividade espontânea

esquerda, I Interósseo, Ulnar, C8 T1

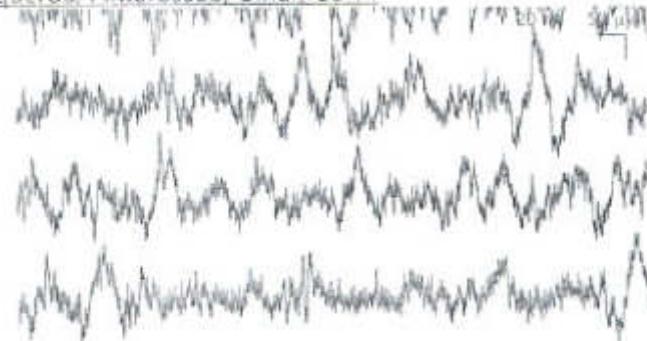


Fenômenos

Fenômeno	Manifestações	Contagem	Ampl., µV	Freq., Hz
Spontaneous activity was not detected		0	0	0

Atividade espontânea

esquerda. I Interósseo, Ulnar, C8 T1.



Fenômenos

Fenômeno	Manifestações	Contagem	Ampl., µV	Freq., Hz
Spontaneous activity was not detected		0	0	0

Comentários:

Neurocondução motora em mediano esquerdo apresentando amplitudes normais com latências prolongadas; Onda F de mediano esquerdo apresentando latência normal;

Neurocondução motora em ulnar esquerdo apresentando amplitudes baixas com velocidade lenta;

Onda F de ulnar esquerdo não registrada;

Neurocondução motora em radial esquerdo apresentando amplitudes baixas com velocidade lenta;

Neurocondução motora em axilar esquerdo apresentando amplitude baixa;

Neurocondução motora em musculocutâneo esquerdo apresentando amplitude normal;

Neurocondução sensitiva em ulnar direito não registrada;

Neurocondução sensitiva em mediano direito não registrada;

Neurocondução sensitiva em radial direito não registrada;

Miografia mostrando potenciais gigantes em triceps braquial esquerdo, em biceps braquial esquerdo, fibrilações em braquiorradial esquerdo, fibrilações em primeiro interósseo esquerdo, fibrilações em abdutor do dedo mínimo esquerdo, recrutamento incompleto de todos os músculos estudados.

Conclusão: exame eletroneuromiográfico compatível com lesão axonal parcial do plexo braquial esquerdo.

Médico:

Drº Elana Almeida
Médico
CRM RR 891



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

DATA DE EXPEDIÇÃO
10/01/2019

560803-1

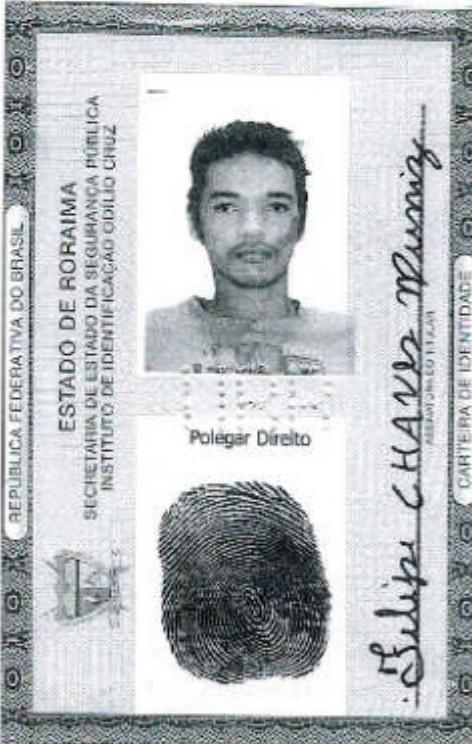
DATA DE NASCIMENTO
25/10/1993

NAME
FELIPE CHAVES MUNIZ

FILHO/A
DURVAL MUNIZ FILHO
IZABEL SILVA CHAVES
NASC. 01/01/2008
ITINGA DO MARANHÃO - MA
DOC. CRIMEIA
CERTD MASC 14409 FLS 52-V LIV A-18
DOM ELISEU PA

016.745.252-57
1a VIA
AMADEU ROCHA TRIÂNGUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITINGA DO MARANHÃO
LEI Nº 7.116 DE 24/04/83

PROIBIDO PLASTIFICAR



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Vagner José de Souza Bandeira,
RG nº 180716, data de expedição 30 / 03 / 2016.
Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 640.119.002-25, com
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Jorge Dias, numero
nº 398,
Bairro: Alvorada, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima FELIPE CHAUES MUNIZ,
cujo o condutor era VICTOR HUGO RIBEIRO MIRANDA.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda CG 160 START

Ano: 2016

Placa: NUL 5798

Chassi: 9G2KC2500GR025932

Data do Acidente: 04/11/2018.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RS

Local e Data: Boa Vista/RR, 25 / 03 / 2019.

Vagner José de Souza Bandeira
Assinatura do Declarante

Victor Hugo Ribeiro Miranda

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

04674525257

Nome completo da vítima:

FELIPE CHAVES MUNIZ

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

FELIPE CHAVES MUNIZ

CPF: 01674525257

Profissão:

AUTÔNOMO

Endereço:

R: ALMERINDO SANTOS

Número:

1015

Complemento:

Bairro:

BURITIS

Cidade:

BOA VISTA

Estado:

RR

CEP:

69309-190

E-mail:

—

TEL (DDD):

(095) 991413275

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 8526

CONTA: 27322

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

03 MAI 2019

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

CENTE SEGURO LIDER S/A

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: BOA VISTA, 30/04/19.

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A RODO
na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

520776

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 085/2019/DAT - Boa Vista-RR, em 22/03/2019

COMUNICANTE: FELIPE CHAVES MUNIZ

RG: 560803-1

O. EXP.: SSP/RR

CPF: 016745252-57

ENDEREÇO: RUA - HOLANDA, 387

BAIRRO: CAUMÉ

CIDADE: BOA VISTA - RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: AUTONOMO

NATURALIDADE: DOM ELISEU

ESTADO: RA

DATA DE NASCIMENTO: 25/10/1993 IDADE: 26 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: FUNDAMENTAL

INCOMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

TELEFONE: 98116-8390

Nº REG. CNH: 04849512308

NOME DO PAI: DURVAL MUNIZ FILHO

NOME DA MÃE: IZABEL SILVA CHAVES

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 14h30min do dia 04/11/2018,
RUA - SANTA LUZIA, TEPEQUEM.

O comunicante acima qualificado compareceu nesta Delegacia para relatar que transitava no endereço acima supracitado na garupa da MOTOCICLETA HONDA/CG 160 START, Placa NUL 5798, de cor PRETA, Ano 2016/2016, Chassi 9C2KC2500GR025932 de propriedade do Senhor VAGNER JOSE DE SOUSA BANDEIRA; Seguia pela Rua Santa Luzia, quando o condutor da Motocicleta VICTOR HUGO RIBEIRO MIRANDA ao tentar desviar de um buraco perdeu o controle vindo a cair; Que a equipe do SAMU esteve no local levando para o HGR com **LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO**. Que o motivo do BO é para fins de **SEGURADO DPVAT**. É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO CORPORAL
OBSERVAÇÃO:

* Felipe Chaves Muniz
FELIPE CHAVES MUNIZ

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denúncia caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."



POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRENCIA



Givanildo Vieira
AGENTE CARACTERARIO DE POLICIA
CIVIL
Givanildo da Silva Vieira
Mat. 042000855

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 634 - Boa Vista - RR

PREFEITURA MUNICIPAL DE AMAJARI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

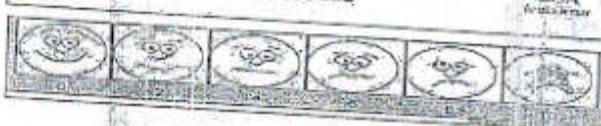


NOME: <i>SP MV</i>	MUNICÍPIO: <i>Guaraú</i>	FICHA DE ATENDIMENTO	ENFERMEIRO:
paciente: <i>Felipe chaves muniz</i>	EQUIPE: CONDUTOR: <i>Jucio</i>	TÉCNICO: <i>Dianinha</i>	
Idade: <i>22</i>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
acionalidade: <i>Branca</i>	Raça: <input type="checkbox"/> Branca <input checked="" type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena-Etnia		
Endereço: <i>Rua Santa Luzia</i>			
ponto de referência:			
Nº da Ocorrência: <i>20.624</i>	DATA: <i>01/11/18</i>	HORA DO ACIONAMENTO: <i>05:00</i>	
Médico (a) Regulador (a): <i>Dr. Anderson</i>		HORA CHEGADA NO LOCAL (MIN):	
ACIDENTE: <input type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR <input type="checkbox"/> APOIO		[] OUTROS	
MECANISMO DE LESÃO: <i>Automóvel</i>			
AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Colisão X <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Dantelero <input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro		VIOLENCIA <input type="checkbox"/> Uso do cinto <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag	
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/> Acidente com moto X <input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> queda de Bicicleta		OUTROS <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Espiamento <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual	
ÁREA DE DESMISTIFICAÇÃO - DATA: CONTATO COM O JURÍDICO			
Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Eupneia <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Taquipneia		Ventilação <input type="checkbox"/> Abóbora <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Hipotimpanismo <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> Maciez	
		03 MAI 2018	
Horas Início: <i>15:15</i> / <i>140/80</i> / <i>92</i> Fim: :		PA mmHg <i>160/96 30/5</i> F.C bpm <i>120</i> PR bpm <i>30</i> SAT % <i>96</i> Temp. <i>36,5</i> ECG <i>AVDN</i> EEG <i>DNV</i> ECG <i>Miose</i> EEG <i>Midriase</i> ECG <i>Anisocoria</i> EEG <i>Alcoollizado</i>	
GENTE SEGURADORA: <i>SA</i>		EST. VISUAL ANAL. EVA "PDR" <i>Glaucoma</i> APGAR <i>5</i>	
Pele <input type="checkbox"/> Clanótica <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Palida <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Úmida <input checked="" type="checkbox"/> Seca		Cabeça <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Lacerção	
Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Ferimento <input type="checkbox"/> ócular		Pescoço <input type="checkbox"/> Doeço da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Lacerações	
Torax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Rasp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Tórax instável		Abdome <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Evaceração <input type="checkbox"/> Lacerções	
Pélvis <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade		Columna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Leve <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/> Deformidade	
Membros <input type="checkbox"/> Fratura <i>W/D / MCD</i> <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Avulsão			
Cardiopulmonar: <input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fibrilar		Aparecida/Clinica: <input type="checkbox"/> Cardiológica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Respiratória	
		HISTÓRIA REGRESSIVA: <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecções <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Sequela AVC	
Medicações em uso: <input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> PEQUENA <input checked="" type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> GRITO <input type="checkbox"/> INDETERMINADA			
<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Trote		<input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Bombeiro no local	
<input type="checkbox"/> Iniciada as: <i>15:15</i> <input type="checkbox"/> Término as: <i>16:00</i>		<input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> RCP não realizado	
<input type="checkbox"/> Atendido no local <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento – PAAR		OBS: <i>Grande Trauma - GT</i> <i>Hosp. Coronel Mota - HCM</i> <i>HMINSN</i>	
		MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS <input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> DETRAN	
		Hospital de destino: <i>Pol. Coimbra e Silva - PCCS</i> <i>Hosp. Santo Antônio - HCSA</i> <i>HMINSN</i> <i>Hosp. Das Clínicas/FIR - FIR</i> <i>Hosp. Lotte Iris - HLI</i> <input type="checkbox"/> Outros <i>C. S. Jair da Silva Mota</i>	

Dr. Fernando André Martins Ferreira
Cirurgião Oncológico de
Cabeça e Pescoço
CRM-RR: 1843

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro
(Unidade de Destino)

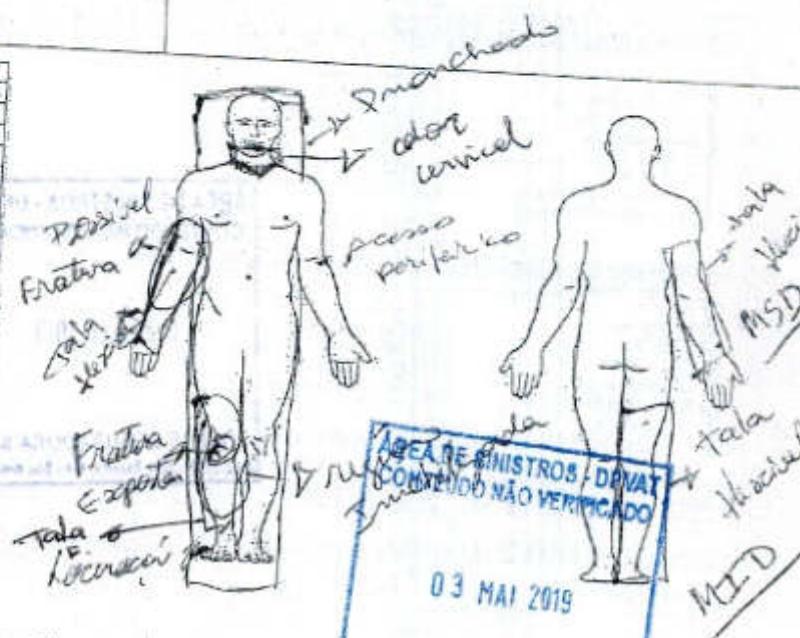
PERTEN DO PACIE	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Assinatura do Receptor:
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Bela Vista, nesta oportunidade.
	Assinatura do Paciente:
	RG:



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Vítima vidente de motocicleta, orientado, fratura exposta proximal a proximal tibial, (M2), Possivel fratura (MSD) Braco, manteve pranchado, manteve R2, 500 ml, hematicos na região do metatarso! Fito curativo composto. Foi feita avaliação médica e encaminhado ao GT, HGE, com risco periférico, sem alterações no decorrer da viagem, rebatido dolor na região de fratura, suspeita de medicacos, intragesso para a equipe plenamente do GT. O mesmo manteve immobilizado ate o HGE. Colar cervical, talas flexíveis, Redi block manta.

GENTE SEGURADORA S/A
Av Capitão João Batista, 484 - Bento Gonçalves - RS



03 MAY 2019

**ÁREA DE SINISTROS - DEPARTAMENTO
COMENDO NÃO VERIFICADO**

MD

Diamantina
Edmundson
Tec
A-2000

Assinatura e carimbo do profissional