

# ITAÚ – 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, ESTABELECEER 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

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 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](http://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, ESTABELECEER 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  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3306

\* Classificação/Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

1801030830 04/11/2018 16:59:19 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 14

Paciente: FELIPE CHAVES MUNIZ  
Tipo Doc: Documento: Órgão Emissor: Data Emissão: Sexo: M Estado Civil: NAO RAÇA/COR: PARDA Naturalidade: Nacionalidade: BRASILEIRA  
Mãe: IZABEL SILVA CHAVES  
Endereço: RUA - AMAJARI - SN - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: 07 N. 18 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: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: ADAQ

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febil ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_ h)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GSC: TOTAL: AO: 1 2 3 4 - RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

03 MAI 2019

Exame Físico

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica  
☐ Alta a Pedido  
☐ Alta a Revelar  
☐ Transferência para:

☐ Ambulatório  
☐ Observação (Até 24h)  
☐ Internação  
Data e Hora da Saída/Alta: \_\_\_\_

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: adao  
Data Hora: 04/11/2018 17:01:17



1001030830



Téc. Enfermagem  
COREN-PR 061.058.491-TE

07-11-18

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

FICHA DE ATENDIMENTO

Paciente: FELIPE CHAVES MONTES  
Tipo Doc:   
Data Nascimento:   
Idade:   
CNS:   
CPF:   
Prontuário:   
Data Emissão:   
Sexo:   
Estado Civil:   
Raça/Cor:   
Naturalidade:   
Contatos: 99

Endereço: RUA VITORIO B. VILA BRASIA

Class. de Risco:   
Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA  
Tipo de Chegada:   
Nº da Carteira:   
Profissional do Atend.:   
Validade:   
Procedência:   
Temp.:   
Peso:   
Pressão:   
Sia Prenatal:   
Procedimento Sol.:   
Registrado por:

Queixa Principal:   
Anamnese de Evolução:   
Anamnese de História da Consulta:   
VITIM DO ACIDENTE, TRAZIDO PELA SÓCIA COM IMOBILIZAÇÃO POR TALA CERVO - POPULICA & BRÁQUIS-EXAME FÍSICO:   
Hipótese Diagnóstica:   
Exame Físico:   
Sinais e Sinais:   
SANGUE:   
URINA:   
ECG:   
OUTROS:   
APRAZAMENTO:   
OBSERVAÇÃO:   
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTENDO NÃO VERIFICADO  
03 MAI 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João de Deus, 444 - Boa Vista - RR  
Condição:   
Obito:   
Assinatura do Paciente ou Responsável:   
Carimbo e Assinatura do Médico:   
Data e Hora da Saída/Alta:   
Destino:   
IML Anatomia Patológica:   
Assinatura do Paciente ou Responsável:   
Carimbo e Assinatura do Médico:   
Data e Hora da Saída/Alta:   
Destino:   
IML Anatomia Patológica:   
Assinatura do Paciente ou Responsável:   
Carimbo e Assinatura do Médico:   
Data e Hora da Saída/Alta:   
Destino:   
IML Anatomia Patológica:

-18:70

Re afirma de queda de moto e/  
trauma contuso em joelho (D)

Ho to: lesão contuso-contusa e/  
exposição da patela.

Apresenta fratura multifragmentada  
Frat exposta de patela  
col. Ao cc

Dr. Jonathan C. Lopes  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM-RR 1759 TEOT 14272





**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

*Felipe Chaves Muniz*

6 - N° DO PRONTUÁRIO

*468723*

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

*7100509755743855*

8 - DATA DE NASCIMENTO

*25/08/83*

9 - SEXO

*M*

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

*Isabel Silva Chaves*

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

**17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

*Paciente com fraturas expostas de patela @ cominatas*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*TTO Cirurgico*

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

*EF + Rx*

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

*Fraturas expostas de patela @*

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**  
**03 MAI 2019**  
**GENTE SEGURADORA S/A**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

*TTO Cirurgico de Fraturas expostas de patela @*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

*Dr. Felipe*

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

**AUTORIZAÇÃO**

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

*0408050527*  
*5820*

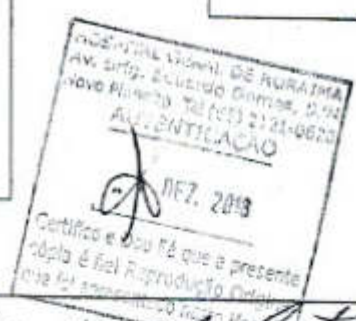


BOLETIM OPERATÓRIO

*Felipe Gomes Menezes*

Data: 04/11/18

O.S. \_\_\_\_\_



DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta patela (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: FFO lúgnea de fratura exposta patela (D)

TIPO DE INTERVENÇÃO: Correção

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Ø

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Ø

CIRURGIÃO: R. Rubo

1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: D. Fabia

ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Realizado em DDH + Anestesia
- 2) Angio + Antergio
- 3) LMC com SFO.97. exaustivamente
- 4) Desbridamento
- 5) LMC com SFO.97. exaustivamente
- 6) Sutura com Nylon
- 7) ODS: Não realizado ortossintese pois não tem material de reente nesta unidade.
- 8) Curativo + Tala gipsada (Não tem ataduro nesta unidade).
- 9) Do RPA.







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Paralela do Brasil"

# FICHA DE ANESTESIA

Felipe Chaves Muniz JSC

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

20L

Nº

04 11 2018

AGENTES

N 20

02

LÍQUIDOS  
VENOSOS

A

X

Y

M

5

6

40

1000

DA

X

°C

240

ULBO

38

220

ANES

38

200

X

34

180

OP

32

160

O

30

140

TEMP

30

120

ASPIR

30

100

A

80

60

RESP

40

20

O

20

Export

Assist

Contro

SINTELOS

AGENTES

A

12/11/2018 15:00

B

12/11/2018 15:00

C

D

E

F

G

GLICOSE

1000

LÍQUIDOS

1000

NOÇO

1000

SANGUE

1000

TOTAL

1000

OPERAÇÃO

1000

ANESTESIA

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

DOSES

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

TÉCNICA

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

ANOTAÇÕES

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capito João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

Lanço - Espasmo - Excesso Saco  
Depressão Respiratória - Hipoxia  
"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Arritmia  
Bradícardia - Choque

PERDA SANGÜÍNEA

1000

ANESTESIA

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

CÓDIGO

CIRURGIÃO

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

Bruno Thiago P. Pina  
MÉDICO  
CRM-RR 2035





FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DAT
Felipe Chaves Muniz				04/11/11
TIPO		CIRURGIA 25 anos		
limpeza cirurgica para (D)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		20:47	21:43	
CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA			
Perno	ANESTESISTA:		Edino	
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:		Fabio Franca	
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR			
	CIRCULANTE			
TIPO DE ANESTESIA: Raqui		Elisolda / Samuel / Hilmair / Raul		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		40	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250ml
<input type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYLNº
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
<input type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
<input type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURINº			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
	SERINGA 01ML			SURGICEL
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº
	SERINGA 10ML			GEOFOAM
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA
				OUTROS:
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Renata	SUB-TOT/		
	Jakeline	TAXA DE SALA		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA		
		SOM		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				





SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
CENTRO CIRÚRGICO/SR

Trabalho elaborado pelos Enfermeiros da COOPENURB - AM/ 2005 e aprovado pelos Enfermeiros HG9-PdA/R-05FC/R/A/2011



ANESTESIA DA INDUÇÃO-ANESTÉSICA

Nome: Edna Chaves Menezes  
Inoperável: Surto de Doença

**ENTRADA** (Sala Pré-Operatória)

PACIENTE CONFIRMOU:

☒ Identidade

☐ Sítio Cirúrgico

☐ Procedimento

Consentimento: ☐ Sim ☐ Não

RESUMO CIRÚRGICO

☒ Aplicar ☐ Não se Aplica

SÍTIO DE INCISÃO

☐ Sim ☒ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA  
CONCLUIR:

PROXIMIDADE DO PULSO NO PACIENTE EM  
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☐ Não ☒ Sim, Qual: \_\_\_\_\_

VIA AÉREA DIRIGIDA/ALISCO DE ASPIRAÇÃO

☐ Não ☒ Sim, e equi/pontuário/assistência disponível

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☐ Não

☒ Sim, e equi/pontuário adequado e planejamento para fluidos

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: Dr. Edna Chaves Menezes

**SAÍDA** (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO  
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente

☒ Sítio cirúrgico

☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

4. REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

2. REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:  
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

4. 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 PROFILOXIA ANTIMICROBIANA FOI  
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☒ Sim,

Qual: efetuada 20 Hora: 20:50

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE  
OPERAÇÕES

**SAÍDA** (Sala Pós-Operatória)

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

1. O NOME DO PROCEDIMENTO  
REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

2. SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAL  
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHA  
ESTÃO CORRETAS

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplicam

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

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO  
PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☒ Não

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

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

\_\_\_\_\_



Recovering the Estates of the Portuguese  
Nobility: Patrões and the Portuguese

ok

## PRESCRIÇÃO DI

[illegible]



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 Carlos Lima				
DIAGNÓSTICO	fratura exposta de patela ①				
ALERGIAS	HAS				
IDADE	DM2				
LEITO	DATA 05/11/18				
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SMO
2	AVP				monte
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H				08:15 20:00
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				12:00 24:00
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				10:18 22:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
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.				notre
13	GEBUTALICINA 240mg EV 1X/6H				10:00
14	CLINDAMICINA 600mg EV 6/6 H				10:00 20:00
15					
16	AO DUCO				
17					
18	Dr. Marcello				
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
20	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:

Tarde Paciente estável. Admitido às 16 hrs. Id. m c R.M + S.V.S.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
03 MAI 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capote Silva Bezerra, 184 - Boa Vista - RR

Marcello  
Médico Assistente  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN/RR 000 184 087

15:20 PA 142/79  
FC 96 BPM  
T 36,2

Thaulyse  
Thaulyson de Freitas Ribeiro  
Enfermeiro  
COREN-RR-435.229

SINAIS VITAIS	F.R	TEMP.
6 H 120/70 88	-	-
12 H	-	-
18 H 135/74 91	-	36.2
24 H 120/80 90	-	36.2




**NIR**  
Regulado para leito

3LA/108-1

06:00 - Paciente sem alterações



108-1

		<b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>		 	
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
<b>DATA DE ADMISSÃO</b>		<b>DIH</b>		<b>DN</b>	
<b>PACIENTE: FELIPE CHAVES MUNIZ</b>					
<b>AGNÓSTICO: FX EXPOSTA DE PATELA D</b>					
<b>ALERGIAS:</b>					
<b>IDADE</b>		<b>HAS</b>		<b>DM2</b>	
<b>LEITO</b>		<b>108-1</b>		<b>DATA</b>	
<b>ITEM</b>		<b>PRESCRIÇÃO</b>		<b>06/11/2018</b>	
<b>1</b>		<b>DIETA ORAL LIVRE</b>			
<b>2</b>		<b>SF 0,9% 500ML EV S/N</b>			
<b>4</b>		<b>TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N</b>			
<b>7</b>		<b>METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N</b>			
<b>8</b>		<b>DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H</b>			
<b>9</b>		<b>TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA</b>			
<b>10</b>		<b>CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS &gt; 160 E OU PAD &gt; 110 MMHG</b>			
<b>11</b>		<b>SSVV + CCGG 6/6 H</b>			
<b>12</b>		<b>CURATIVO DIÁRIO</b>			
<b>13</b>		<b>CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H</b>			
<b>14</b>		<b>LEVOFLOXACINO 500MG EV 1X/DIA</b>			
<b>15</b>					
<b>16</b>					
<b>17</b>					
<b>18</b>					
<b>19</b>					
<b>20</b>					
<b>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</b>					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
 # SOLICITADO:  
 # CONDUTA: MANTIDA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 03 MAI 2019  
 GENTE SEGURADORA S/A  
 Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA				
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	135/81	87	-	36,9
18 H	134/79	96	17	35,8
24 H	150/90	103		36,7

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




12h Paciente medicado com  
 item 13 feito pela presc  
 anterior

36,6

NR




108-1

		<b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>		 	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <b>FELIPE CHAVES MUNIZ</b>					
AGNÓSTICO <b>FX EXPOSTA DE PATELA D</b>					
ALERGIAS					
IDADE		HAS		DM2	
LEITO		<b>108-1</b>		DATA	
ITEM		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					
<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ; 351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> 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

06h  
 PA=134/95  
 FC=104  
 T=36.5  


**PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:**

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	130x87	97	36.3
18 H	110x70	90	36.2
24 H	130x80	90	36.6

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

12h Paciente medicado cpm 1  
 e Uroflick 5600. TCC  
 12/11/18

06:00 pct no leito aceitando  
 medicação cpm SSVV fute  
 sem queixas segue 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		
		LEITO	108-1	DATA	08/11/2018
ITEM	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				
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

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA - SEM PREVISÃO

6 H PA FC FR

12 H 14x9 102 - 36°C

18 H 118/77 108 36,6°C

24 H 136x92 103 37,2°C

Dr. Fernando Rezende

CRM-RR 2007

Residente de Ortopedia e

Traumatologia

11:30 paciente no leito, medicado EPM.  
verificada SSVV, em intravenozos.





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	
		LEITO		DATA	
		108-1		09/11/2018	
ITEM	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				
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

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

SINAIS VITAIS

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

6 H PA FC FR

12 H 130x90 76 - 36,3

18 H 120x80 104 36,7




24 H 130x80 106 36,8

CGH. 120x80 97 36,0

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



284

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			 HGR Hospital Geral de Roraima	 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
	PRESCRIÇÃO MÉDICA				

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

18:00  
 14:00  
 Rotine  
 Curativo  
 14:00

**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				
6 H	PA	FC	FR	SÃO
12 H	140/90	127	-	36.5
18 H	140/80	81		
24 H	130/80	110		
06h	117x72	102		

Dr. Fernando Rezende

CRM-RR 2007

Residente de Ortopedia e Traumatologia

10/11 - Plantão diurno Paciente em repouso no leito, sem ambul  
 11/11 - Paciente em repouso no leito, sem ambul









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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE **FELIPE CHAVES MUNIZ**

AGNÓSTICO **FX EXPOSTA DE PATELA D**

ALERGIAS

IDADE

HAS

DM2

ITEM

LEITO

108-1

DATA

12/11/2018

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

Av. Lúcio, Governador Cantanhão, 2  
FONE: (68) 3241-0411  
ALIMENTAÇÃO  
DEZ. 2018  
Certifico e dou fé que a presente  
cópia é fiel reprodução do original  
que foi apresentado neste Hospital

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:

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

6 H PA FC

12 H 116/81 69 FR

18 H - 36,0°C

24 H

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

12h Paciente no leito sem queixas

Assinatura da Silvana  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 98212



## 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
<b>direita, Deltóide, Axilar, C5 C6</b>										
6	Ponto de Erb	2,44	0,635	13,0	5,0	100	0,2	200		
<b>esquerda, Bíceps braquial, Músculo-cutâneo, C5 C6</b>										
7	Ponto de Erb	5,12	4,3	13,1	35,5	33	0,2	310		
<b>esquerda, Braquiorradial, Radial, C5 C6 c7</b>										
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
<b>esquerda, Abductor do mínimo, Ulnar, C8 T1</b>										
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
<b>direita, Abdutor curto do polegar, Mediano, c6-t1</b>										
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	Área, nV×s	Estim. mA	Estim. ms	Dist. mm	Tempo, ms	Vel. m/s
<b>esquerda, Ramo superficial do n. radial, C5 C6</b>										
13	Middle third of forearm		0			24	0,1			
<b>esquerda, n. Mediano II dedo</b>										
10	punho		0			25	0,1			
<b>esquerda, n. Mediano III dedo</b>										
10	punho		0			43	0,1			
<b>esquerda, n. Ulnar</b>										
9	punho		0			32	0,1			

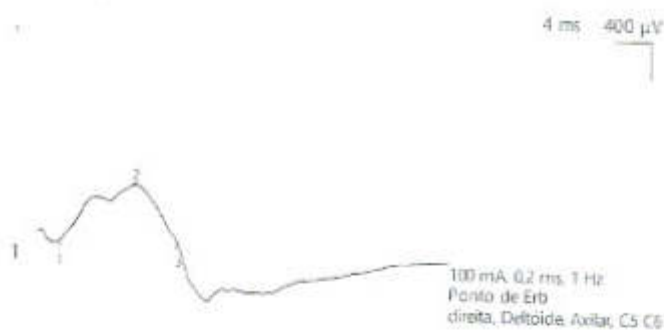
## Parâmetros de onda-F

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

## VC motora

direita, Deltóide, Axilar, C5 C6





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

#### VC motora

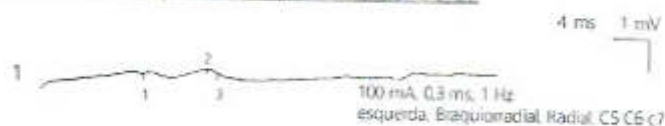
esquerda, Biceps braquial, Músculo-cutâneo, C5 C6



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

#### VC motora

esquerda, Braquiorradial, Radial, C5 C6 c7

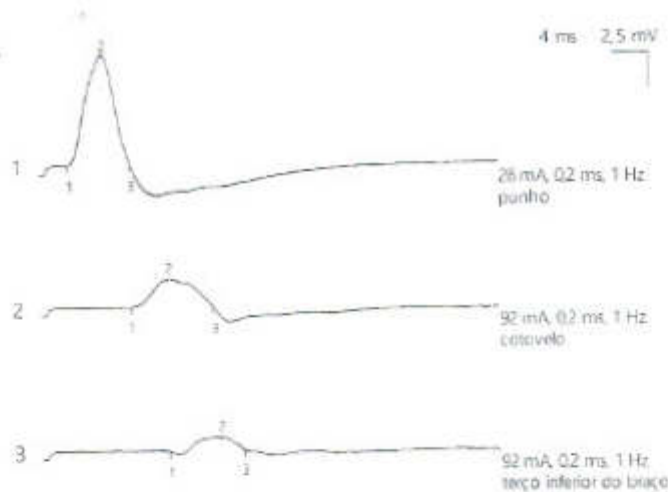


Amplitude de onda M com estímulo distal é de 0,168 mV. Latência residual de 9,31 ms. Velocidade no segmento "cotovelo – terço médio do braço" 31,5 m/s.

#### VC motora

esquerda, Abductor do mínimo, Ulnar, C8 T1

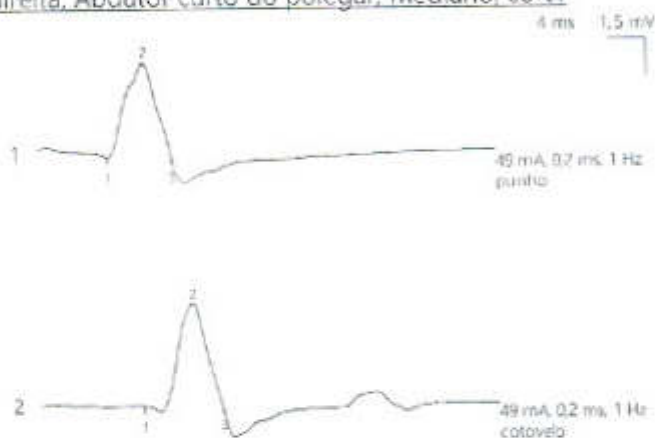




Amplitude de onda M com estímulo distal é de 7,76 mV. Latência residual de 1,38 ms. Velocidade no segmento "punho – cotovelo" 40,2 m/s. Velocidade no segmento "cotovelo – terço inferior do braço" 17,0 m/s.

#### 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 sensítiva**

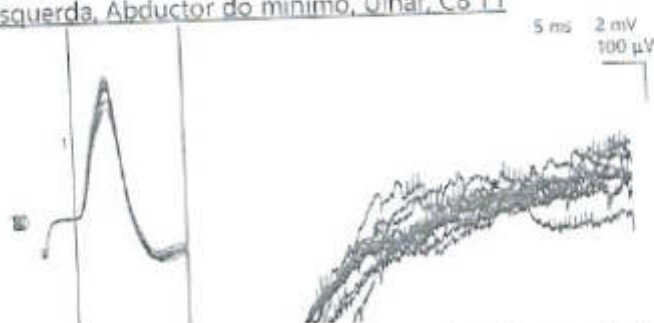
esquerda, n. Ulnar



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

**Onda-F**

esquerda, Abductor do mínimo, 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.

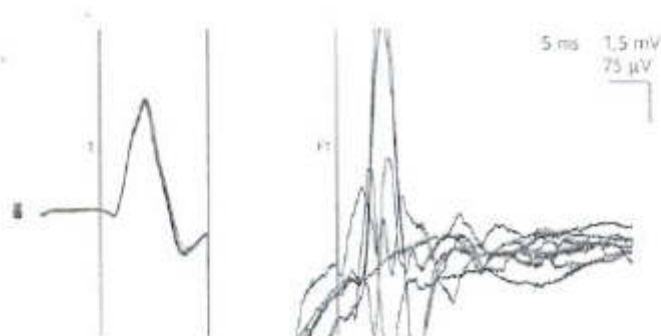
Análise de ondas-F

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, Abdutor 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. estim., mm
7,08	35,1	20,6	28,1		0

#### Atividade espontânea

esquerda, Deltóide, Axilar, C5 C6

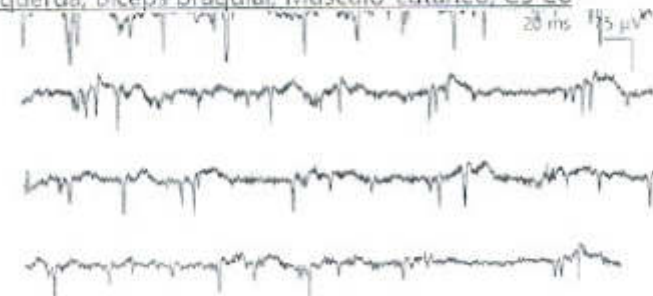


#### Fenômenos

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

#### Atividade espontânea

esquerda, Biceps braquial, Músculo-cutâneo, C5 C6



#### Fenômenos

Fenômeno	Manifestações	Contagem	Ampl., μV	Freq., Hz

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

#### Atividade espontânea

esquerda, Biceps braquial, Músculo-cutâneo, C5 C6

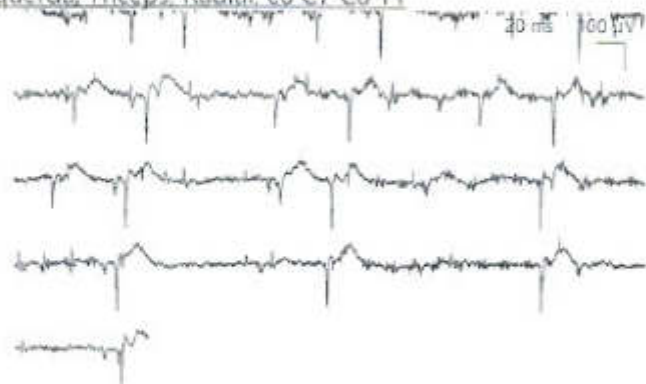


#### Fenômenos

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

#### Atividade espontânea

esquerda, Triceps, Radial, c6 C7 C8 T1



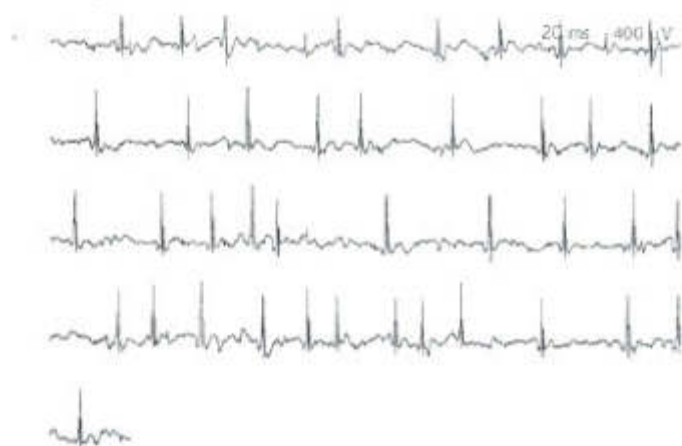
#### Fenômenos

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

#### Atividade espontânea

esquerda, Triceps, Radial, c6 C7 C8 T1



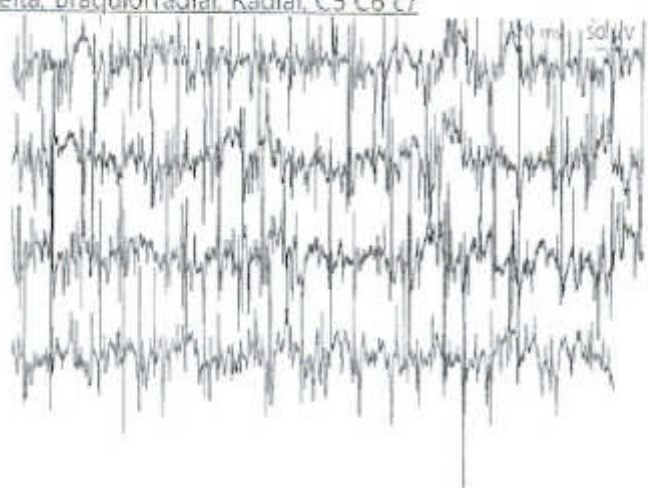


#### Fenômenos

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

#### Atividade espontânea

direita, Braquiorradial, Radial, C5 C6 c7

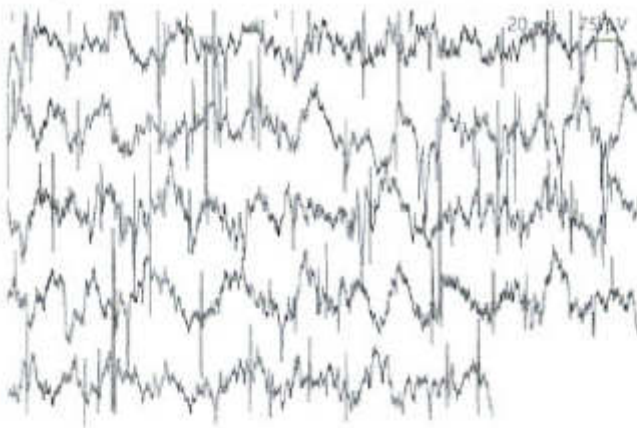


#### Fenômenos

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

#### Atividade espontânea

esquerda, Abductor digiti minimi, Ulnaris, C8 T1

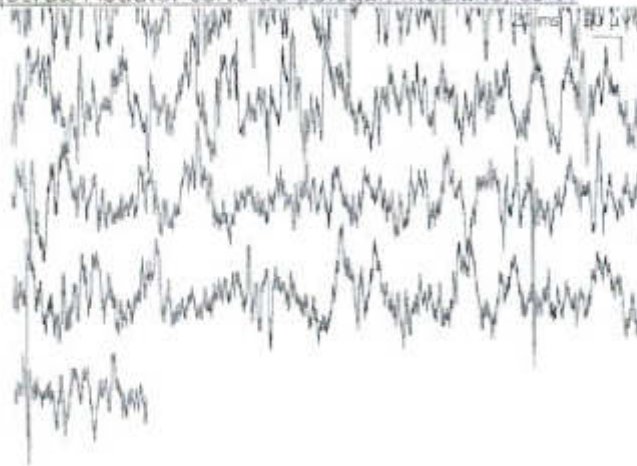


#### Fenômenos

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

#### Atividade espontânea

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



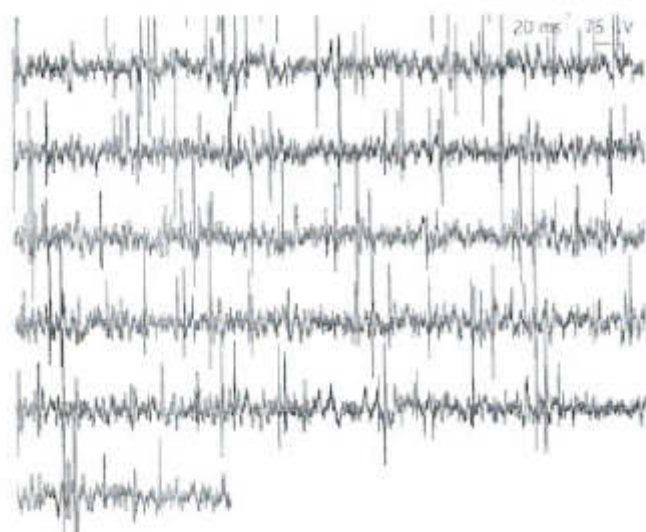
#### Fenômenos

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

#### Atividade espontânea

esquerda, I Interósseo, Ulnar, C8 T1



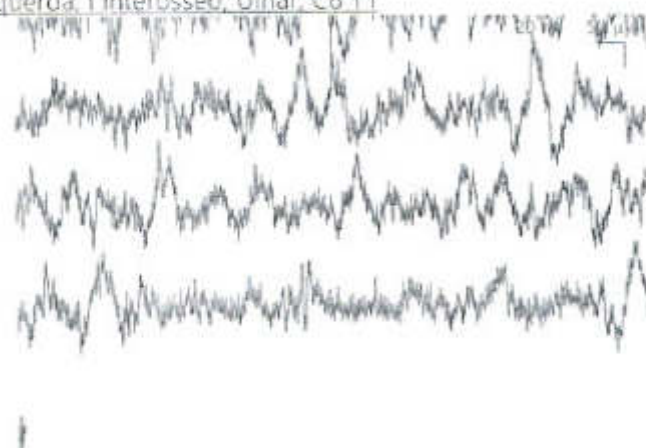


#### Fenômenos

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

#### Atividade espontânea

esquerda, I Interósseo, Ulnar, C8 T1



#### Fenômenos

Fenômeno	Manifes- tações	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 interosseo 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:

*Drª Elana Almeida*  
Médica  
CRM/RR 8891





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CÍVIL CRUZ

Polígono Direito

*Felipe Chaves Muniz*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 560803-1

DATA DE EMISSÃO 10/01/2019

NOME **FELIPE CHAVES MUNIZ**

FILIAÇÃO **DURVAL MUNIZ FILHO  
IZABEL SILVA CHAVES  
NAT. BRASILEIRA**

ITINGA DO MARANHÃO - MA

CERTID. NASC. 14409 FLS 52-V LIV A-18  
DOM ELISEU PA

016.745.252-57  
1ª VIA

AMABEU ROCHA TRIANI  
PREFEITO MUNICIPAL DE ITINGA DO MARANHÃO

DATA DE NASCIMENTO **25/10/1993**

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Vagner Jose de Souza Bandeira,  
RG nº 180716, data de expedição 30 / 03 / 2016,  
Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 670.119.002-25, com  
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de  
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Jorge Dias Correia,  
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 FEMPE CHAVES MUNIZ,  
cujo o condutor era VICTOR HUGO RIBEIRO MIRANDA.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda 160 160 START

Ano: 2016

Placa: NUL 5798

Chassi: 9C2KC2500GR025932

Data do Acidente: 04/11/2018.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 424 - Boa Vista - RS

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

Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO  
LOUREIRO



**CARTÓRIO LOUREIRO** DR. JOZIEL LOUREIRO  
TABELADO E REGISTADOR  
AV. VILHA SOL, Nº 506 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (03) 304-4077 - REGISTRO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC VERDADEIRA a(s) assinatura(s)  
[Assinatura] - VAGNER JOSE DE SOUZA BANDEIRA

HOVS Em testemunho: [Assinatura] da verdade. Boa Vista: 25/03/2019

Imó: 2.45 FUNDEJURR 0.25 FISC: 0.10, RECON: 0.10, ISS: 0.10 Vir Selo: SC

Selo: REG/RR1583450Y7SG3JC03Y5HN19

Consulte seu selo: <https://cidadao.portalsei.rr.com.br>

CPF Solicitante: 67011900225

Marjory C. C. Esbell Brighi  
Escritora Autorizada  
Cartório Loureiro



# 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 CHAVESMUNIZ** CPF: **04674525257**

Profissão: **AUTÔNOMO** Endereço: **R: ALMERINDO SANTOS** Número: **1945** Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: **BURITIS** Cidade: **BOA VISTA** Estado: **RR** CEP: **69309-190**

E-mail: \_\_\_\_\_ TEL (DDD): **(065) 991413275**

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

**RENTA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **8526** CONTA: **27322** **5**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

## 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Felipe Chaves Muniz**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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 Nº 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; Seguiu 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 SEGURO 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-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Espírito Santo, 100 - Boa Vista - RR



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



<p><i>Givanildo da Silva Vieira</i> AGENTE CARACERÁRIO DE POLICIA CIVIL Givanildo da Silva Vieira Mat. 042000855</p>	<p>•</p> <p>•</p>
--	-------------------

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 684 - Boa Vista - RR

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



UNIDADE: SAMU MUNICÍPIO: Amajari FICHA DE ATENDIMENTO EQUIPE: CONDUCTOR: Marcio ENFERMEIRO: Diana TÉCNICO: Diana

Paciente: Felipe Chaves Muniz Idade: 22 Sexo: ☒ M ☐ F

Nacionalidade: Bra Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia

Endereço: Rua Santa Luzia

Fonte de referência:

Nº da Ocorrência: 20.624 DATA: 04.11.18 HORA DO ACIONAMENTO: 15:00

Médico (a) Regulador (a): Dr Anderson HORA CHEGADA NO LOCAL (J19):

INDICADOR: ☐ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ APOIO ☐ OUTROS

AUTOMÓVEL	MOTO/BICICLETA	VIOLÊNCIA	OUTROS
<input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Colisão X <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro	<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Vítila projetada <input type="checkbox"/> Vítila encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag <input type="checkbox"/> Acidente com moto X <input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Queda de bicicleta <input type="checkbox"/> Biciclista <input type="checkbox"/> Queda de Biciclista	<input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Espurramento <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input checked="" type="checkbox"/> Tráfego <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox. <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ agm <input type="checkbox"/> Outros: <u>Ac. moto</u>

03 MAI 2019

Vias Aéreas	Abolida	Cardiologia	Avul. Neurológicas
<input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Eupnéia <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Abolida <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> Maciez	<input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s <input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> DNV <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Alcoolizado

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R bpm	Sat. O2 %	Esq. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR
Início: <u>15:15</u>	<u>140/80</u>	<u>92</u>	<u>20</u>	<u>96</u>	<u>5</u>		
Fim:							

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdomen
<input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Corada <input checked="" type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfema Sub-Cutâneo <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Tórax instável	<input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Evisceração <input type="checkbox"/> Lacerações

Pele	Coluna Dorsal	Membros
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/> Leve <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/> Deformidade	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações <input checked="" type="checkbox"/> Fratura <u>M.D / M.S.D</u> <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Avulsão

AVALIÇÃO CARDÍACA	AFEÇÃO GÊNICA	HISTÓRIA REGRESSIVA
<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"/> Asistolia	<input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Respiratória

AVALIÇÃO CARDÍACA	AFEÇÃO GÊNICA	HISTÓRIA REGRESSIVA
<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"/> Asistolia	<input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Respiratória

[[ILESO]] [[PEQUENA]] ☒ [[MÉDIA]] [[GRITO]] [[INDETERMINADA]]

MULTIPLS MEIOS ACIONADOS			
<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Frote	<input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Bombeiro no local	<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

Iniciada as: 15:15 RCP com sucesso ☒ RCP Não realizado ☐

Término as: 15:30 RCP sem sucesso ☐ OBS:

Atendido no local ☒ Pronto Atendimento - PAAR ☐ Grande Trauma - GT ☐ Hosp. Coronel Mota - HCM

Pol. Coarne e Silva - PCCS  
Hosp. Santo Antônio - HCSA  
HMINSN

Hosp. Das Clínicas/IR - CR  
Hosp. Lote Iris - HLI  
Outros  
C. S. Jair da Silva Mota

Dr. Fernando André Martins Ferreira  
Cirurgião Oncológico de  
Cabeça e Pescoço  
CRM-RR: 1543

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro  
(Unidade de Destino)

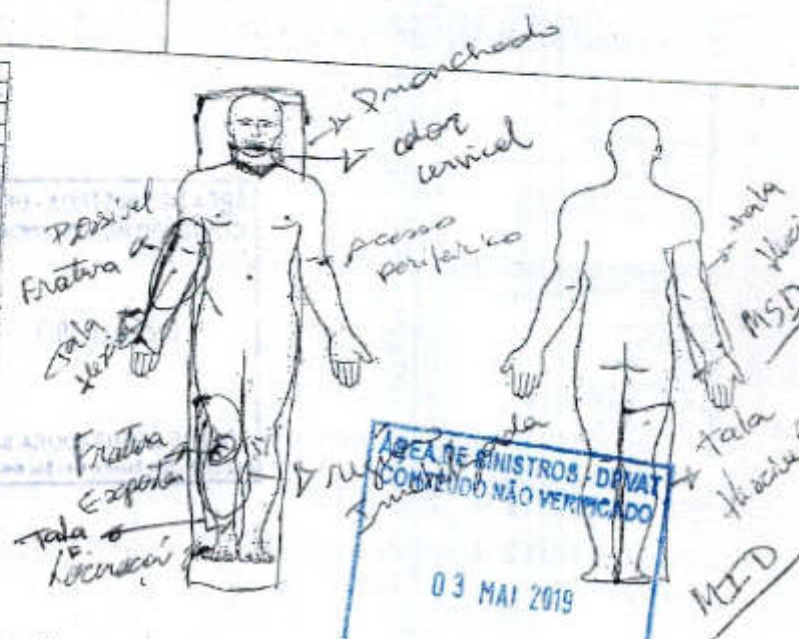


Nome do Receptor: \_\_\_\_\_  
 Função do Receptor: \_\_\_\_\_  
 Assinatura do Receptor: \_\_\_\_\_  
 Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade.  
 Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_

**GESTANTE**  
 IG p/ semana: \_\_\_\_\_ Movimentos fetais: \_\_\_\_\_  
 Perda de líquido: \_\_\_\_\_ BCF: \_\_\_\_\_  
 [ ] Com cartão [ ] Sem cartão

**MATERIAL E MEDICAÇÃO**  
 - manteve o RL 500ml

1. Alterações (O):	Esponstão	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
2. Melhor Resposta Visual (M):	Solu reposita	2 pontos
	Obedecez comandos	2 pontos
	Localiza dor	2 pontos
	Flexão voluntária (reflexa)	2 pontos
	Flexão voluntária (decoreção)	2 pontos
	Extensão (flexão/estiramento)	2 pontos
3. Resposta Verbal (V):	Solu reposita (Bacidez)	2 pontos
	Orientado	2 pontos
	Consciente	2 pontos
	Palpares inapropriadas	2 pontos
	Solu inapropriadas	2 pontos
	Sem resposta	2 pontos



### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Vítima vacilante de motocicleta, orientada, fratura exposta  
 punção a Punção distal, (MID), possível fratura  
 (MSD) Braço, manteve Punchoado, manteve RL 500ml  
 laceração na região do metacarpo, punção curativo completo.  
 GT, HGR, com acesso perfurico, com alteração no decor  
 sur da viagem, relatou dor na região de fratura, em per  
 tando medicação, intravenosa para a equipe planta  
 mista do GT. O mesmo manteve imobilizado até o HGR.  
 tala unil, tala flexão, Redi block neta.

Assinatura e carimbo do profissional  
 Diamantina, 03 de maio de 2019  
 Téc. de Enfermagem  
 [Carimbo]