

# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341                    AGÊNCIA: 0477                    CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATHEUS DUARTE BRITO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000020601-5

---

Autenticação:

969D93A7209DFF00FF864CF3E87693172226DBC44BF172AC8075950311F8B0B8

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190430061 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MATHEUS DUARTE BRITO **Data do acidente:** 14/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL COM LESÃO ESPLÊNICA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAPAROTOMIA EXPLORADORA E ESPLENECTOMIA (PÁG 4)  
ALTA (PÁG 12).

**Sequelas permanentes:** AUSÊNCIA CIRÚRGICA PARCIAL DO BAÇO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO BAÇO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

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 integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190430061 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MATHEUS DUARTE BRITO **Data do acidente:** 14/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL COM LESÃO ESPLÊNICA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAPAROTOMIA EXPLORADORA E ESPLENECTOMIA (PÁG 4)  
ALTA (PÁG 12).

**Sequelas permanentes:** AUSÊNCIA CIRÚRGICA PARCIAL DO BAÇO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO BAÇO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

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 integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

14/04/2019

(F)

... Guia de Atendimento 17 ...

Raque...



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação/Reclassificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

Téc. Enfermagem

COREN-RR 001.058.19

Nº FL 15104

1901097245

14/04/2019 13:03:15

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

23

Paciente

MATHEUS DUARTE BRITO

Data Nascimento

12/12/1999

Idade

19 A 4 M 2 D

CNS

CPF

03845099240

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

IDENTIDADE

36987299

SSP-RR

20/08/2009

M

PARDA

Nacionalidade

BRASILEIRA

Mãe

NAIDE DUARTE

Pai

OSVALDO DA SILVA BRITO

Contato

(95) 99167-0462

Ocupação

Endereço

RUA - SOLO RODRIGUES PESSOA - 1496 - SANTA LUZIA - BOA VISTA - RR

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.

Registrado por:

LIDIANE OLIVEIRA

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - h)

Paciente vítima de acidente de motocicleta  
Trauma da cabeça

Exame Físico

Deixe abdominal flácido  
Hemodinamicamente estável

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Conduta

Av. Capitão João Bezerra, 184 - Boa Vista - RR

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revelia☒ Transferência para☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família

Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: lidiane.oliveira  
Data Hora: 14/04/2019 13:04:09

© 2019  
Sistema de Informação em Saúde  
CNPJ: 06.940.888/0001-91



1901097245

#Ex 6

14:20

19:20  
 Potent caerulea in forest  
 side, (quartz of left) + trace of brown  
 patches

Evolution can prove old fossils - do to not do NGL.

ΔO Excess: 386, 40 K, also 7000 kcal

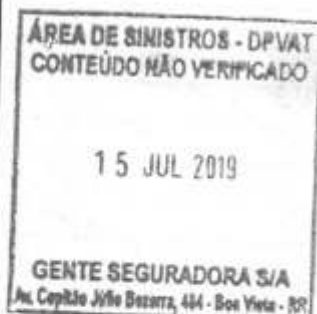
PD: 120 + 80 FR: 16 FC: 102. 601-534  
 DBD. Plano Placido, aún más ololotero  
 a polipropileno. 5/19/2000

Use: myeloid leukaemia are covered  
Protein synthesis

CD: A0 CC

— 312 —

Dr. L. L.





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

data 16.04.19

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HGR

2 - CUBES

CÓDIGO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE PRECATORIA

HGR

4 - CUBES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Mathews Duarte Brito

472037

8 - Nº DO PROTOJÚRIO

178108

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 0 5 0 4 1 1 0 3 9 2 1 8 1 5 1

9 - DATA DE NASCIMENTO

10/12/99

10 - SEXO

Masculino

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Naide Duarte

11 - TELEFONE DE CONTATO

95 9 9 1 1 6 1 1 0 4 1 6 2

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua São Rodrigues Pessoa, 1496, Santa Luzia

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

R R

15 - UF

R R

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente motociclístico, com trauma abdominal contuso.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Cayula João Bezerra, 404 - Boa Vista - RJ

18 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese + Exame físico.

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Rotura esplênica

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SEC. INICIAL 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Laparotomia Exploradora

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

14/04/19

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

1890 Mcandunga Dias

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRAMPA

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº DO BILHETE

36 - SÉRIE

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNAE DA EMPRESA

40 - CBOR

41 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - PROTOJÚRIO

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

( ) CNS ( ) CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

14/04/19

0407030123  
5360  
V299



BOLETIM OPERATÓRIO

Matheus Duarte Brito

Data: 14/09/19

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão Joffre Bezerra, 444 - Boa Vista - ROR

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Trauma abdominal contuso

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: \_\_\_\_\_

TIPO DE INTERVENÇÃO: Laparotomia exploradora

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Rotura esplênica

CIRURGIÃO: Dr. Helder

1º AUXILIAR: Dr. Morla (R2)

2º AUXILIAR: Dr. Tiago (R1)

INSTRUMENTADORA: Paulo Paz (I1)

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

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

ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_

ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_

FIM: \_\_\_\_\_

DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Paciente em DDH + anestesia geral + VM

2) AA + CCE.

3) Incisão mediana supraumbilical com extensão infraumbilical.

4) Diérese por planos até a parede abdominal até cavidade.

5) Ao inventário: presença de sangue (1L) em cavidade; ruptura esplênica nos 2/3 superiores do baço; hematoma em região de colo descendente sem sangramento ativo.

6) Realizado: drenagem de sangue livre em cavidade; identificação + ligadura e secção do hilo esplênico + esplenectomia parcial + montado 1/3 inferior esplênico com manutenção do ligamento esplênico-cólico.

7) Revisão de hemostasia + irrigação da cavidade com SF morno.

8) Síntese da parede abdominal por planos com vicryl 1-0.

9) Drenagem com pontos hemostáticos reparados com nylon 3-0.

10) Curativo + envio de material p/ AP.

Dr. Helder Góes  
MÉDICO  
CRM/ROR 150

Tiago M. Longo Dias  
CRM/ROR 150



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

"Estado: Potência do Brasil"

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 JUL 2019

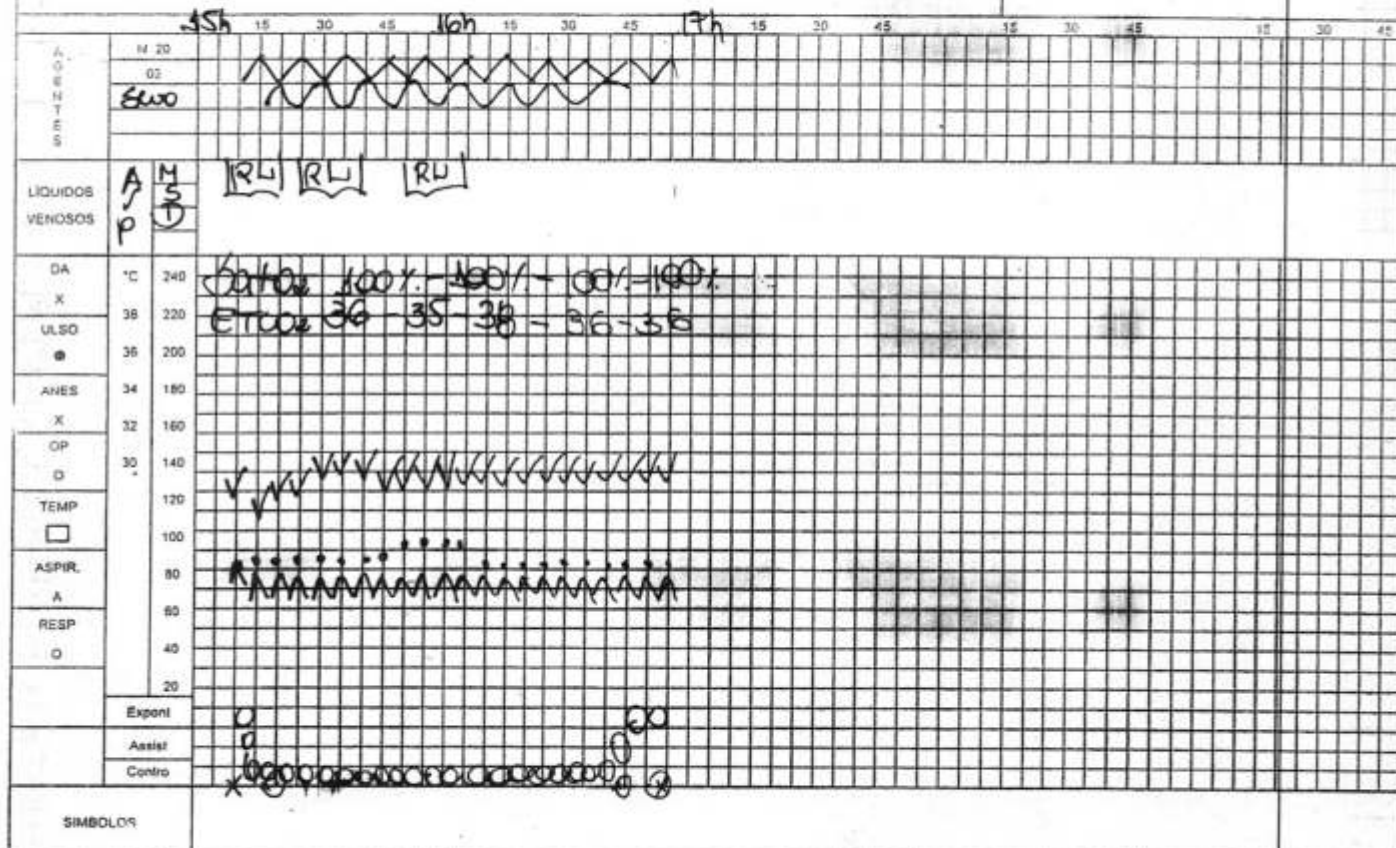
FICHA DE ANESTESIA

Mathews Duarte Brito, 19a

GENTE SEGURADORA S/A

14/04/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Fentanyl	150µg	AGB em sistema riscar	X - Monitorização (ECG, SatO2, PNI, ETCo2)
B Propofol	150µg	lar cl anestesia da	1. Check list OK.
C Succinilcolina	80mg	Coa.	2. Pré-oxigenação.
D Atacurto	40mg	Sob VMC em modo VCV	3. Indução anestésica em sequência rápida.
E			- Fentanyl 150µg EV.
F			- Propofol 150mg EV.
G			- Succinilcolina 80mg EV.
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringea	4. LD + IDT.
NDCC		Naso / Orofaringea - Cega	5. Cefalotina 2g EV.
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo 8,5 cuff	6. Atacurto 30mg EV.
RL	1500ml.	Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica não.	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL		15:10 às 16:55	
OPERAÇÃO	Laparotomia Exploradora.		Lariango - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito
ANESTESIA	Dr. Euclides / R3 Marcelle	CIRURGIÃO	Hemorragia - Arritmia Bradi Taquicardia - Choque
	Dr. Anahy		PERDA SANGÜINEA

2 SEPA.

7. Tenax com 40mg EV.
8. Dexametasona 4mg EV.
9. Ondansetrona 4mg EV.
10. Dipirona 1g EV.
11. Tramal 50mg EV.
12. Neostigmina 1,5mg EV.
13. Atropina 0,75mg EV.
14. Entubado alveolar.

Dr. Euclides P. Filho  
Médico  
CRM 690-RR





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: **Matheus Duarte Brito** APT OU LEITO: **19 anos** Nº DO PRONTUÁRIO: **14** DATA: **04/19**

CIRURGIA: **Laparotomia** TIPO: **Laparotomia** TEMPO DE DURAÇÃO: INÍCIO: **15:20** FIM: **17:00** TEMPO TOTAL:

EQUIPE MÉDICA: ANESTESISTA: **Dr. Gorden** RES. ANESTESIA: **R1 - Anderson** INSTRUMENTADOR: **R3 - Marelle**

CIRURGIÃO: **Dr. Helden Grossi** CIRCULANTE: **Elisoleia / claudenir**

TIPO DE ANESTESIA: **General** TEMPO DE DURAÇÃO:

MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/> FCT'S COMPRESSAS C/03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500	
<input checked="" type="checkbox"/> PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<input checked="" type="checkbox"/> LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
LUVA ESTÉRIL 7.5		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO VICRYL Nº 20, 1	
LUVA ESTÉRIL 8.0		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO MONONYLON Nº 30	
LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
LÂMINA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
DRENO DE FORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
SERINGA 01ML			S/F CEL	
SERINGA 03ML			CLIPA P/OSSO	
SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
SERINGA 10ML			GLOFOAM	
SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
			OUTROS:	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		SUB-TOTAL
	Stefany			
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		SOMA
	Rebeca	TAXA DE ANESTESIA		
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Buzatto, 444 - Boa Vista - ROR

PÓS-OP.

PRÉ OPERATÓRIO DE:

14/04/19

NOME	MOTREUS Duarte Brito		DATA
1	Dieta zero a partir de agora, dieta líquida.		
2	AVP pérvio		
3	SF 0.9% 500ml + GH 50% 40ml EV 6/6h	18 24 36 12	
5	Dipirona 1g EV 6/6h	18 24 36 12	
6	Plasil 10mg EV 8/8h	18 24 36 14	
7	Ranitidina 50mg EV 8/8h	18 24 36 14	
8	Sinais vitais de 6/6h	24 36 14	
10	Cuidados gerais da enfermagem		
11	Insulina regular e/ou GH 50% conforme esquema abaixo		
12	Captopril 25mg VO se PAS >= 160mmhg e/ou PAD >= 110mmhg		
13	Fofolactina 1g EV de 6/6h	18 24 36 12	
14	Normal 100mg EV de 8/8h	18 24 36 12	
SINAIS VITAIS	DE XT RO	INSULINA REGULAR	HORA DEXT RO INSULINA
HORÁRIO	18:00	12H	18H
PÁ	180	< 180	GH 50% 40 ML - EV
TAX	180	181 - 210	0 UI - SC
FC	180	211 - 240	02 UI - SC
DU	180	241 - 270	04 UI - SC
EVACUAÇÃO	180	271 - 300	06 UI - SC
CURATIVO	180	> 300	08 UI - SC

ÁREA DE SINISTROS - OP/VAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 15 JUL 2019  
 GENTE SEGURADORA S/A  
 Av. Capitão João Pereira, 444 - Boa Vista - RS

584 PA = 344/96  
 P = 96  
 T = 36

Laparotomia exploradora  
 +  
 eplectomia

Obediente às mudanças e prescrições da enfermagem  
 Siga as ordens da enfermagem





HOSPITAL CIVIL DE FORTALEZA  
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA



F-18

PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME: Matheus Duarte Brito

LEITO

F18

DATA

15/04/19

S.N.D.

HD

Esplenectomia Parcial

1	Dieta líquida								
2	AVP pérvio								
3	SFO, 9% 500ml + GH 50% 40ml EV 6/6h	12	12	06	12				
4	Cefotaxima 1gr EV 6/6h	12	12	06	12				
5	Plasil 10mg EV 8/8h	12	12	06	12				
6	Dipirona 1g EV 6/6h	12	12	06	12				
7	Tramal 100mg + SFO, 9% 100ml EV 8/8h	12	12	06	12				
8	Ranitidina 50mg EV 8/8h	12	12	06	12				
9	Curva glicêmica e correção conforme esquema abaixo								
10	CAPTROPIL 25mg VO se PAS $\geq$ 160mmHg E/OU PAD $\geq$ 110mmHg								
11	Insulina Regular e/ou GH 50% conforme esquema abaixo								
12	Sinais Vitais de 6/6h								
13	Cuidados Gerais da Enfermagem								
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
SINAIS VITAIS									
HORÁRIO		12H	18H	24H	06H	DEXTRO	Insulina Regular	HORA	DEXTRO
PA						< 70	Glicose 50% 40 ml EV		INSULINA
FC						< 200	0 UI - SC		
TEMPERATURA						201-250	02 UI - SC		
FR						251-300	04 UI - SC		
DIURESE						301-350	06 UI - SC		
EVACUAÇÃO						351-400	08 UI - SC		
CURATIVO						> 400	10 UI - SC		
							CHAMAR PLANTONISTA		

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
15 JUL 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Opélia Silva Duarte, 44 - Boa Vista - 100



DATA: 15/04/2019	DN: 12/12/1999	DIH: 14/04/2019
NOME: Mathew Duarte Brito	IDADE: 19	LEITO: F18
DATA DA CIRURGIA: 14/04/2019	MÉDICO PRECEPTOR:	
	MÉDICO RESIDENTE:	

Diagnósticos:		
Dispositivos:	Antimicrobianos:	
SNG:	Atual:	Pregresso:
Sonda Vesical: 1		
Dreno de Tórax:		
Outros:		

( ) Paciente sem queixas, noite sem intercorrências. Diurese, flatos e evacuação +, deambulando, aceita bem a dieta. Nega febre, dor, vômito, diarreia.

b) Outros: Paciente com queixas de dor, mais local de ferida cirúrgica, intensidade 6/10, sem febre, vômito ou diarreia, sem flatos

Exame Físico: BEG ( ) REG (✓) MEG ( ) / Anictérico (X) ou Ictérico ( ) \_\_\_\_/4  
 Hidratado ( ) ou Desidratado (X) 3/+4 / Consciente (X) ou Desorientado ( ) Sedado ( )  
 Corado ( ) ou Hipocorado (X) 3/+4 / Acianótico (X) ou Cianótico ( ) \_\_\_\_/4

## Ap. Cardiovascular

(✓) RCR2T, BCNF, sem Sopros  
 ( ) Outros:

## Ap. Respiratório

(X) MV + bilateral, sem Ruídos Adventícios  
 ( ) Outros:

## ABD.:

( ) Flácido, sem visceromegalias, indolor, RHA +  
 ( ) Outros: Flácido, sem visceromegalias, doloroso à palpação, RHA +

## Ext.:

(X) Bom perfusão periférica (< 3s); Ausência de edemas; Panturrilhas livre  
 ( ) Outros:

FO.: Limpo, sem secreções

ID.: Paciente estável, evoluindo com melhora;

## PROGRAMAÇÃO:

### CD.:

Iniciar dieta líquida.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RS

15/04/2019  
 Médico  
 CRM-RS 17583



Nome: ALBUQUERQUE | Matriculo: 123456789 | Sexo: M | Data de Nascimento: 12/10/1990 | Unidade: 1001 | Turno: Manhã

1. Dieta líquida de prova

2. AVP de 100ml

3. Soro 5% 100ml - G-50% 40ml EV 6/6h

4. Cefalotina 1gr EV 6/6h

5. Plasil 10mg

6. Dipirona 1g EV 6/6h

7. Tramal 100mg + SFO 9% 100ml EV 8/8h

8. Ranitidina 50mg EV 8/8h

9. Curva glicêmica e correção conforme esquema abaixo

10. CAPTOPRIL 25mg VO se PAS  $\geq$  160mmHg E/OU PAD  $\geq$  110mmHg

11. Insulina Regular e/ou GH 50% conforme esquema abaixo

12. Sinais Vitais de 6/6h

13. Cuidados Gerais da Enfermagem

14. Atender Sonda Vesical

15. Alta médica

16

17

18

19

20

SINAIS VITAIS

HORÁRIO

PA

FC

TEMPERATURA

FR

DIURESE

EVACUAÇÃO

CURATIVO

12H

18H

24H

06H

12H

18H

24H

06H

DEXTRO

< 70

< 200

201-250

251-300

301-350

351-400

> 400

> 400

Insulina Regular

Glicose 50% 40 ml EV

0 UI - SC

02 UI - SC

04 UI - SC

06 UI - SC

08 UI - SC

10 UI - SC

CHAMAR PLANTONISTA

GENTE SEGURADORA S/A

HORA

DEXTRO

INSULINA

ÁREA DE SINISTROS - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

15 JUL 2019

Tereza P. A. Batista  
Téc. Enfermagem  
CRM/RJ 1579

Anotações da Enfermagem

16:00 - Item 7 evolu-  
do do PAC. Pac. bem-estar.

15 JUL 2019



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA

SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA



COMPANHIA SANEAMENTO S/A  
R. João Batista, 484 - Boa Vista - ROR



### RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

**NOME:** Matheus Duarte Brito

**DATA DA INTERNAÇÃO:** 14/04/2019

**DATA DA ALTA:** 16/04/2018

**DATA DA CIRURGIA:** 16/02/2019

**PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:** Dr. Helder Grossi

#### DIAGNÓSTICO

Acidente de trânsito/politrauma, trauma abdominal fechado + rotura de baço.

#### TRATAMENTO

Laparatomia Exploradora + Esplenectomia parcial.

#### ORIENTAÇÃO

Evoluiu sem intercorrências, sem queixas, deambulando, aceitando bem dieta, boa diurese e flatos positivos.

- 1- Retornar ao pronto socorro se intercorrências (por exemplo: febre, dor forte, vômitos, diarreia).
- 2- Lavar a Ferida operatória (cortes) com água e sabão/sabonete e manter limpa e seca.
- 3- Dieta liberada (alimentação normal).
- 4- Não fazer esforços físicos até 30 dias após a cirurgia.
- 5- Retornar no ambulatório de cirurgia geral para acompanhamento com **Dr. Helder Grossi no NIR.**
- 6- Retirar os pontos com 10 dias no Posto de Saúde.

COPIA Nº 1063  
Dr. Helder Grossi

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 JUL 2019

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 398729-9 DATA DE EXPIRAÇÃO 21/03/2019

NOME MATHEUS DUARTE BRITO

FILIAÇÃO OSVALDO DA SILVA BRITO

NATURALIDADE NAIDE DUARTE

BOA VISTA - RR

DOC. ORIGEM CERTD NASC 20541 FLS 63F LIV A-35

2º OF BOA VISTA-RR

CPF 038.450.992-40

2ª VIA

ANADEU ROCHA TRIANI  
Pessoa Física - Titular

DATA DE NASCIMENTO 12/12/1999

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polegar Direito

Assinatura do Titular

Matheus Duarte Brito

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - POC

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		ESTADO DE RORAIMA		SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA		INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODEILIO CRUZ	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REGISTRO GERAL		357035-5		DATA DE EXPEDIÇÃO	
28/01/2016		NOME		RAIMUNDO MONATO SILVA		FILIAÇÃO	
VANGELINA PEREIRA SILVA		NATURALIDADE		VARGEM GRANDE - MA		DATA DE NASCIMENTO	
15/09/1968		DOC. CONDIÇÃO		CERTO NASC 2560 FLS 2 LIV A 43		VARGEM GRANDE-MA	
CPF		475.628.463-91		AMADEU ROCHA TRIANI		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	
3 VIA						P 7	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		ESTADO DE RORAIMA		SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA		INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODEILIO CRUZ	
Fotografia		Assinatura do Titular		Raimundo Monato Silva		CARTeira DE IDENTIDADE	
Polegar Direito							

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capão João Barreto, 441 - Boa Vista - RJ

RR Nº 013746674050

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VA	01	446.324.282-72	DESCRIÇÃO	2018	DATA EMISSÃO	01/08/2019
RENAVAM	002340993399	HONDA/CG 125 FAN ES	PLACA	MAN7569		
ANO FAB	2010	9CEJC4120AR129410	CHASSI			
PREMIO TARIFARIO	R\$81.29	DEMATRAN (R\$)	R\$9.03	CUSTO DO SEGURO (R\$)	R\$90.33	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	R\$4.15	ICV (R\$)	R\$0.7	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)	R\$185.5	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITACÃO			

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-05

013746674050  
8854185883

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RJ

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
Nº 013746674050

VA	01	002340993399	DESCRIÇÃO	2018
RENAVAM	002340993399	HONDA/CG 125 FAN ES	PLACA	MAN7569
ANO FAB	2010	9CEJC4120AR129410	CHASSI	
PREMIO TARIFARIO (R\$)	R\$81.29	DEMATRAN (R\$)	R\$9.03	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	R\$4.15	ICV (R\$)	R\$0.7	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITACÃO	

SEM RESERVA DE DOMÍNIO \* PROIB SAIR DA A  
MAZ OCID LEILÃO DETRAN-RJ 02/10 LOTE 670  
BOA VISTA

Antônio Francisco Bezerra Marques  
Diretor Presidente  
DETRAN-RJ  
08/08/2018



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 038-450-992-40 4 - Nome completo da vítima: MATHEUS DUARTE BRITO

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

5 - Nome completo: MATHEUS DUARTE BRITO 6 - CPF: \_\_\_\_\_

7 - Profissão: RECURSAL 8 - Endereço: RUA - S-28 9 - Número: 309 10 - Complemento: APT-03

11 - Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-594

15 - E-mail: monitosilva638@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 99 991144021

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_

18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA:  CONTA:

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO ITAÚ

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 20601 5

(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 do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - 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 evento.

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - 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.

34 - impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, BOA VISTA 12/07/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Matheus Duarte Brito

42 - Assinatura do Procurador (se houver) RAIMUNDO LOUATO SILVA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
15 JUL 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
R. Cícero João Buzza, 444 - Boa Vista - RR

TESTEMUNHAS



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

534800

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 JUL 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020728/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/07/2019 09:30 Data/Hora Fim: 12/07/2019 09:50  
Origem: Polícia Judiciária Data: 12/07/2019  
Delegado de Polícia: Alexander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 14/04/2019 03:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Estrela D'alva

Bairro: Jardim Tropical

Ponto de Referência: Próximo à ponte do Raiar do Sol

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MATHEUS DUARTE BRITO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 12/12/1999

Profissão: Militar da Aeronáutica

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Naide Duarte

Nome do Pai: Osvaldo da Silva Brito

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 038.450.992-40

RG - Carteira de Identidade: 398729-9

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua S-28

Complemento: Apartamento 01

Bairro: Senador Hélio Campos

Telefone: (95) 99165-8566 (Celular)

Nº: 307

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 446.324.282-72

Renavam 00234099399

Número do Chassi 9C2JC4120AR129410

Cor PRETA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/CG 125 FAN ES

Quantidade 1 Unidade

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAN-7569

Número do Motor JC41E2A129410

Ano/Modelo Fabricação 2010/2010

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN ES

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos



Delegado de Polícia Civil: Alexander Lopes da Silva  
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 12/07/2019 09:51  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020728/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
Matheus Duarte Brito	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não é habilitado, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava na motocicleta também já devidamente descrita acima e estando a mesma em nome de JEFERSON BARRETO LIMA, CPF 446.324.282-72. Que ao passar em um buraco, perdeu o controle da motocicleta e caiu. Que após a queda ainda conseguiu ir para sua casa dirigindo a motocicleta. Que posteriormente procurou atendimento médico no HGR, onde foi constatado trauma abdominal contuso. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

  
Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia  
Matrícula 42090908  
Responsável pelo Atendimento

  
12 JUL 2019  
Matheus Duarte Brito  
(Comunicante / Vítima)

DAT  
12 JUL 2019  
AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR

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



14/04/2019

(F)

ATO DECLARATORIO

... Guia de Atendimento 17 ...

Raque...  
Téc. Enfermagem  
CORNER 001.058.9GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação/Reclassificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

1901097245	14/04/2019 13:03:15	FICHA DE ATENDIMENTO				TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		23
Paciente	Data Nascimento		Idade		CNS		CPF		Prontuário	
MATHEUS DUARTE BRITO	12/12/1999		19 A 4 M 2 D				03845099240			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade		
IDENTIDADE	36987299	SSP-RR	20/08/2009	M		PARDA		BRASILEIRA		
Mãe	Pai		Contato							
NAIDE DUARTE	OSVALDO DA SILVA BRITO		(95) 99167-0462							
Endereço	Ocupação									
RUA - SOLO RODRIGUES PESSOA - 1496 - SANTA LUZIA - BOA VISTA - RR										
Class. de Risco	Plano Convênio	N° da Carteira		Validade	Autorização		Sis Prenatal			
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão			
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA									
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:						
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA			LIDIANE OLIVEIRA						
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue									

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - )

Paciente internado de acidente de motocicleta  
Trauma da coluna

Exame Físico

Depose abdominal flácida  
Homodermicamente estevel

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Dipnóia 1 g @ di x

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revelia☐ Transferência para☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família☐ Família

Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

15 JUL 2019

Impresso por: lidiane.oliveira

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

