

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GECIVANIA RODRIGUES DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03559

CONTA: 000000005198-5

Nr. da Autenticação 404CCB83A07053D0

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190387632 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GECIVANIA RODRIGUES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 18/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DIREITO, RÁDIO E ULNA ESQUERDOS E TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

Descrição do exame físico: AO EXAME, CICATRIZ CIRÚRGICA, COM LIMITAÇÃO MODERADO DA PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO E COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA EM GRAU ACENTUADO A DIREITA. CICATRIZ CIRÚRGICA, COM LIMITAÇÃO LEVE DA PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO E COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA EM GRAU MÉDIO A ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DE RÁDIO DIREITO, RÁDIO E ULNA ESQUERDOS E TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL EM PUNHO E COTOVELO BILATERALMENTE.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/07/2019

Conduta mantida:

Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU MÉDIO DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO E DE GRAU LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau leve - 37,5 % | 52,5% | R\$ 7.087,50 |
| Total | | | 52,5 % | R\$ 7.087,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190387632 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GECIVANIA RODRIGUES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 18/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DIREITO, RÁDIO E ULNA ESQUERDOS E TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

Descrição do exame físico: AO EXAME, CICATRIZ CIRÚRGICA, COM LIMITAÇÃO MODERADO DA PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO E COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA EM GRAU ACENTUADO A DIREITA. CICATRIZ CIRÚRGICA, COM LIMITAÇÃO LEVE DA PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO E COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA EM GRAU MÉDIO A ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DE RÁDIO DIREITO, RÁDIO E ULNA ESQUERDOS E TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL EM PUNHO E COTOVELO BILATERALMENTE.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/07/2019

Conduta mantida:

Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU MÉDIO DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO E DE GRAU LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

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 funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau leve - 37,5 % | 52,5% | R\$ 7.087,50 |
| Total | | | 52,5 % | R\$ 7.087,50 |

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190387632

Vítima: GECIVANIA RODRIGUES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 18/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GECIVANIA RODRIGUES DO NASCIMENTO

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\$ 7.087,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 37.5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (37.5% de 70%) 26,25%

Valor a indenizar: 26,25% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: GECIVANIA RODRIGUES DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000003559

Conta: 000005198-5

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 372223-6

NOME GECIVÂNIA RODRIGUES DO NASCIMENTO

DATA DE EXPEDIÇÃO 29/02/2008

LOCALIZAÇÃO GETÚLIO BUENO DO NASCIMENTO

NATURALIDADE VANDERLEIA RODRIGUES CARDOSO

CARACARAÍ - RR

DATA DE NASCIMENTO 06/02/1994

DOC. DIRIGIM CERTO MASC 11606 FLS 097 V LIV A 020

2 OF BOA VISTA - RR

1 VIA Rita de Cássia Coelho de Araújo
Diretora do IIC

LEI Nº 7.116 DE 2008

P 3

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

008.566.262-36

Nome GECIVÂNIA RODRIGUES DO NASCIMENTO

Nascimento

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ORBITAL

Polegar Direito

Gecivânia Rodrigues do Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIDADE


ÁREA DE SINISTROS - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUN 2019

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

A BLOCO A

Volto 21.12.18

| | | | |
|---|---------------------|--|--|
|  SUS Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | |
|---|---------------------|--|--|

| | | | |
|--|--|----------|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | | 2 - CNES | |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE | | | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE | | 4 - CNES | |

| | | | |
|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | 6 - N° DO PRONTUÁRIO | |
| 5 - NOME DO PACIENTE | | 469392 | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | 8 - DATA DE NASCIMENTO | |
| 7100005892596200 | | 00/02/1994 | |
| 9 - SEXO | | 11 - TELEFONE DE CONTATO | |
| F | | | |
| 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL | | 14 - COD. IRGE MUNICÍPIO | |
| Vanarelia Rodrigues Cardoso | | R/R | |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) | | 15 - UF | |
| R. Azeiteiro Centro Neto 95 | | RJ | |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | 16 - CEP | |
| Caracaraí | | | |

| | |
|---|--|
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS | |
| - Vitima de Acidente Transito com deformação e postica ossa Antebraço @ | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | | ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO | |
| CIRURGIA | | 18 JUN 2019 | |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) | | GENTE SEGURADORA S/A Rua Capão, João Bezerra, 444 - Boa Vista - RJ | |
| 20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO | | 21 - CID 10 PRINCIPAL | |
| Rx Exposto Antebraço @ | | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | |
| CIRURGIA | | | |
| 26 - DOCUMENTO | | 29 - N° DOCUMENTO (CNS/CB) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | |
| 27 - CARATER DA INTERNAÇÃO | | 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | |
| 28 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CB) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | | 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | | 33 - SÉRIE | |
| Barbosa E. A. Neto | | 34 - CNBJ DA EMPRESA | |
| 35 - ACIDENTE DE TRABALHO | | 36 - CNPJ DA EMPRESA | |
| 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO | | 37 - N° DO CHETE | |
| 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TAJETO | | 38 - CNBJ DA EMPRESA | |
| 40 - CNBJ DA EMPRESA | | 41 - CBOR | |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA | | 43 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | |
| () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO | | 0415040035 | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| AUTORIZAÇÃO | | 49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | 202 | |
| 45 - DOCUMENTO | | 5824 | |
| 46 - N° DOCUMENTO (CNS/CB) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | V299 | |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | | | |
| 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) | | | |

RELATÓRIO OPERATÓRIO

NOME: BEATRIZ RODRIGUES

HD: Fx Exposto Autoclave

PROCEDIMENTO: LIMPEZA CIRURGICA
+ GESSO



RELATO

- Encontra-se Ferimento com
exposto osso Ulna e
Radio
- LTC com Povidone, Clorexidina
e SF
- Sutura Espiral
- Tal Gesso



Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 483

18/12/18

S. I. - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA
NOME: Gláucia Rodrigues do Nascimento

[illegible]

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Geovana Rodrigues Navegante
Responsável: Coordenador

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
☒ Sítio cirúrgico ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO
☒ Aplica ☒ Não se aplica

SÍTIO DE MARCHA
☒ Sim ☐ Não se aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUSÃO:

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:
ALERGIA CONHECIDA
☒ Não ☐ Sim, Quant:

ÁREA DE RISCO DE ASPIRAÇÃO
☒ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponível

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
☒ Não ☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura: José Battenbender
Hora: 18 JUN 2019

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: 1

ENTRADA CIRÚRGICA (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:
☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, juração da
operação e perda sanguínea prevista.

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

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e
outros estão presentes e dentro da validade de
esterilização (incluindo resultado do indicador). Há
questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer
preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica
☐ Sim, Qual: Hora: 18 JUN 2019

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 INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS
☐ Sim ☐ Não ☒ Não se aplica

3- COMO A MOSTRA PARA ANATOMIA
PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

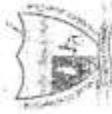
SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO
☐ Sim ☒ Não

☒ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
☐ Não ☐ Não se aplica

ÁREA DE SINISTROS - ☒ SIM
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura e Carimbo
José Battenbender
Coordenador
CORTEL 122-146

GENTE SEGURADORA SIA
Av. Capitão João Batista, 444 - Boa Vista - 69000-000



Governo do Estado de Rio de Janeiro
Assessoria Patrimonial do Brasil

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

| | | | |
|---|-------------------------------|-------------|---|
| UNIDADE / SETOR | QUARTO | LEITO | Nº DE REGISTRO |
| NOME DO PACIENTE <i>Robinson Rodrigues</i> | | | |
| PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS | | | |
| RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | | | |
| DATA / HORA | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO | OBSERVAÇÃO |
| 18/12/18 | 1) D. Lupa | SND | 24:00 |
| | 2) AVP | manuten | 7P: 120 X 90 mmHg FC: 89 FR: 19 TAX: 36% |
| | 3) Cateterização / gr 5/6 EV | 18-12-18-24 | |
| | 4) Cateterização 800 + 8/8 EV | 18-14-22 | |
| | 5) D. Lupa 2 no 6/6 EV | 18-12-18 | 06hs PA 143 X 76 P 77 T. 36.4C FR: 18 X: + E: 0 |
| | 6) T. Lupa 20 no 12/12 EV | 18-18 | |
| | 7) Cateterização | Realizar | |
| | 8) CEE + SSVV | verificar | |
| ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO 18 JUN 2019 GENTE SEGURADORA S/A Av. Conselheiro Aguiar, 444 - Boa Vista - RJ | | | |

GEGYVANIA

104-1

0



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | |
|--|--|--------------------|-------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | DN |
| PACIENTE | | GEGYVANIA | |
| DIAGNÓSTICO | | FRACTURA DE HUMERO | |
| ALERGIAS | HAS | NEGA | DM2 |
| IDADE | LEITO | 1-4 | DATA |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | SM |
| 2 | AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia | | 18 |
| 3 | CEFALOTINA 1G EV 6/6H | | 12 18 24 06 |
| 4 | TILATIL 20mg 12/12hs | | 18 06 |
| 5 | DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N | | 10 15 30 SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | SN |
| 8 | RANITIDINA 50MG EV 8/8HS | | 14 22 06 |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | SN |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | Rotina |
| 14 | CURATIVO DIARIO - BASCO (C) | | |
| 15 | | | |
| 16 | Clindamicina 600 - 4/6 EV 14 | | 22 06 |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| <p>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</p> | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

ÁREA DE SINISTROS - DPMT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUN 2019

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

DEG. LOVED
Afebre

Carlos Henrique La Rosa
Médico
CRM-RR 483

| SINAIS VITAIS | PA | FC | T |
|---------------|---------|----|------|
| 6 H | 130/80 | 70 | - |
| 12 H | 127/120 | 74 | 36.0 |
| 18 H | 131/81 | 79 | 36.0 |
| 24 H | 120/80 | 75 | - |

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

NIR
Regulado
para leito
3LA/304-3 11:50
Regulação Interna

15:23 = PA = 166/101
P: 83

TAX: 35.9 //



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



104-1

| | | | |
|------------------|---|-----------|----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | DN |
| PACIENTE | | Rodrigues | |
| DIAGNÓSTICO | HAS | DM2 | 20/12/18 |
| ALERGIAS | LEITO | DATA | |
| IDADE | PRESCRIÇÃO | | HORÁRIO |
| ITEM | | | SND |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | |
| 3 | CEFALOTINA 1G EV 6/6H | | |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | |
| 5 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H | | |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA | | |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | |
| 8 | RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N | | |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | |
| 15 | Corticóides 600 → 8/8 EV | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), | | |
| 19 | CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; | | |
| 20 | 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% | | |
| | 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DE 6, 10 e 12
H
Agora

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR/483

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|-----|----|--------|
| 6 H | 129x68 | 70 | 17 | 36°C |
| 12 H | 140x80 | 75 | | 36.1 |
| 18 H | 149x98 | 75 | | 36°C |
| 24 H | 119x70 | 102 | 18 | 36.5°C |

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | |
|-----------------------------------|---|-------|--------------|------|-----------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE <i>Correia Rodrigues</i> | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | | LEITO | <i>104-1</i> | DATA | <i>21/12/18</i> |
| ÍTEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | |
| 2 | AVP: SFO.9% 500ml 1X/dia | | | | |
| 3 | CEFALOTINA 1G EV 6/6H | | | | |
| 4 | TILATIL 20mg 12/12hs | | | | |
| 5 | DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N | | | | |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA | | | | |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | |
| 8 | RANITIDINA 50MG EV 8/8HS | | | | |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | |
| 15 | <i>Clindamicina 600 - 8/8 8v</i> | | | | |
| 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:

Ao bloco para programação cirúrgica

BE6 LOVEL
Afênie
ALTA HOSPITALAR

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--|--|--|--|
| 6 H | | | | |
| 12 H | | | | |
| 18 H | | | | |
| 24 H | | | | |

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA.

18 JUN 2019

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



15/04/2019

80.8%

GECIVANIA NASCIMENTO

HOSPITAL CORONEL MOTA



15/04/2019

85.7%

3676



15/04/2019

74.4 %

15/04/2019

85.7 %

GECIVANIA NASCIMENTO

3676

HOSPITAL CORONEL MOTA

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: 00856626236 Nome completo da vítima: GEIVANIA RODRIGUES DO NASCIMENTO

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

Nome completo: GEIVANIA RODRIGUES DO NASCIMENTO CPF: 00856626236

Profissão: DOMÉSTICA Endereço: R: AMERINDO SANTOS Número: 1915 Complemento: 2

Bairro: BURITIS Cidade: BOA VISTA Estado: RR CEP: _____

E-mail: LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM Tel (DDD): (45)99116.8367

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

RENDA 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)

AGÊNCIA: 3559 CONTA: 5198 5

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 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.

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 a apresentação da documentação necessária, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia contestação 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, 05/06/19.

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Geivania Rodrigues do Nascimento

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 116/2019/DAT - Boa Vista-RR, em 29/05//2019

COMUNICANTE: GECIVANIA RODRIGUES DO NASCIMENTO

RG: 372223-6

O. EXP.: SSP/RR

CPF: 00856626236

ENDEREÇO: RUA – ADOLFO COTRIM NETO, 97

BAIRRO: NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO

CIDADE: CARACARAÍ

SEXO: FEMININO

PROFISSÃO: DOMESTICA

NATURALIDADE: CARACARAÍ

ESTADO: RR

DATA DE NASCIMENTO: 06/02/1994 IDADE: 25 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO COMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA

TELEFONE: 99140-6971

Nº REG. CNH: NÃO POSSUÍ

NOME DO PAI: GETÚLIO BUENO DO NASCIMENTO

NOME DA MÃE: VANDERLEIA RODRIGUES CARDOSO

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às **13h15min do dia 18/12/2018, VICINAL DO ÁGUA BOA.**

A comunicante acima qualificada compareceu nesta Delegacia para relatar que transitava no endereço acima supracitado conduzindo **HONDA/CG 125 FAN, Placa NAM 4613, de cor PRETA, Ano 2006/2006, Chassi 9C2JC30706R842200, Renavam 00879580607** de propriedade do Senhor **RAIDON GOMES NASCIMENTO**; Que a comunicante informa que seguia sentido a casa da sua mãe, quando ao fazer a curva foi surpreendida por uma Motocicleta que colidiu frontalmente com a motocicleta da comunicante; Que a equipe do **SAMU** esteve no local executando os primeiros socorros e em seguida levando as duas pessoas para o HGR; Que em decorrência do Acidente o comunicante teve (**FRATURA DOS BRAÇOS DIREITO E 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:

Gecivânia R. do Nascimento
GECIVANIA RODRIGUES DO NASCIMENTO

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."

DAT

18 JUN 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUN 2019

GENTE SEGURADORA SAA
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

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



| | | |
|--|---|---|
|  AGENTE CARACERÁRIO DE POLICIA CIVIL Givanildo da Silva Vieira Mat. 042000855 | • | • |
|--|---|---|





FICHA DE ATENDIMENTO

Unidade: SAMU

Equipe: Suzanne e Thomas

Paciente: Geisvânia Rodrigues das Neves Idade: 25 Sexo: ☐ M ☒ F

Nacionalidade: Brasileira Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia

Endereço: 34 km do lago Boa

Ponto de referência:

Nº: DATA 18/12/2018 HORA DO AÇIONAMENTO: 13:21

Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM: Anderson HORA CHEGADA NA UNIDADE: 15:00

OTIMIZADO ☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ OUTRO

| AUTOMÓVEL | | MOTO/BICICLETA | | VIOLÊNCIA | | OUTROS | |
|---|---|--|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Capotamento | <input type="checkbox"/> Uso do cinto | <input type="checkbox"/> Acidente com moto X <u>moto</u> | <input type="checkbox"/> FAF | <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho | <input type="checkbox"/> Local | <input type="checkbox"/> Trajeto | <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: |
| <input type="checkbox"/> Atropelamento | <input type="checkbox"/> Vítima projetada | <input type="checkbox"/> Com capacete | <input type="checkbox"/> FAF | <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica | <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: | <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: | <input type="checkbox"/> Queimadura Agente |
| <input type="checkbox"/> Colisão | <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada | <input type="checkbox"/> Sem capacete | <input type="checkbox"/> Espancamento | <input type="checkbox"/> Violência Doméstica | <input type="checkbox"/> Violência Sexual | <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio | <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal |
| <input type="checkbox"/> Motorista | <input type="checkbox"/> Air Bag | <input type="checkbox"/> condutor | <input type="checkbox"/> Violência | <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Outros: |
| <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro | <input type="checkbox"/> queda de moto | <input type="checkbox"/> passageiro | <input type="checkbox"/> Doméstica | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Outros: |
| <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro | <input type="checkbox"/> Bicicleta | <input type="checkbox"/> queda de Bicicleta | <input type="checkbox"/> Violência Sexual | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Outros: |

| Vias Aéreas | | Ventilação | | Circulação | | Aval. Neurológica | |
|--|--|---|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dispneia | <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído | <input type="checkbox"/> Bradicardia | <input type="checkbox"/> AVDN | <input type="checkbox"/> Miose | <input type="checkbox"/> Midríase | <input type="checkbox"/> Anisocoria | <input type="checkbox"/> Anisocoria |
| <input type="checkbox"/> Taquipnéia | <input type="checkbox"/> M.V. Ausente | <input type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> Miose | <input type="checkbox"/> Otorrêia | <input type="checkbox"/> Otorrêia | <input type="checkbox"/> Otorrêia | <input type="checkbox"/> Otorrêia |
| <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa | <input type="checkbox"/> Hipertiróidismo | <input type="checkbox"/> Arritmico | <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" | <input type="checkbox"/> Rinorréia | <input type="checkbox"/> Rinorréia | <input type="checkbox"/> Rinorréia | <input type="checkbox"/> Rinorréia |
| <input type="checkbox"/> Obstruída | <input type="checkbox"/> Maciez | <input type="checkbox"/> Ausente (Assistolia) | <input type="checkbox"/> Ausente (Assistolia) | <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizada | <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizada | <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizada | <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizada |
| <input type="checkbox"/> Apnéia | <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa | <input type="checkbox"/> Ausente (Assistolia) | <input type="checkbox"/> Ausente (Assistolia) | <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizada | <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizada | <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizada | <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizada |
| <input type="checkbox"/> Eupnéico | <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa | <input type="checkbox"/> Ausente (Assistolia) | <input type="checkbox"/> Ausente (Assistolia) | <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizada | <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizada | <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizada | <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizada |

| SINAIS VITAIS E ESCORES | | | | | | | |
|-------------------------|---------------|-----------|---------|----------------------|--------|-----------------------------|----------|
| Hora | P.A mm/hg | F.C bpm | F.R Mpm | Sat O ₂ % | T. °C. | Esc. visual anal. EVA "DOR" | Glicemia |
| Início <u>13:21</u> | <u>100x60</u> | <u>98</u> | | <u>97</u> | | | |
| Fim <u>20:00</u> | <u>X</u> | | | | | | |

| AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA | | Tórax | | Abdomen | |
|------------------------------------|--|---|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Corada | <input type="checkbox"/> Contusão | <input type="checkbox"/> Contusão | <input type="checkbox"/> Escoriações | <input type="checkbox"/> Escoriações | <input type="checkbox"/> Escoriações |
| <input type="checkbox"/> Quente | <input type="checkbox"/> Escoriação | <input type="checkbox"/> Escoriações | <input type="checkbox"/> Lacerações | <input type="checkbox"/> Lacerações | <input type="checkbox"/> Lacerações |
| <input type="checkbox"/> Pálida | <input type="checkbox"/> Laceração | <input type="checkbox"/> Lacerações | <input type="checkbox"/> Hematoma | <input type="checkbox"/> Tórax Instável | <input type="checkbox"/> Distensão |
| <input type="checkbox"/> Fria | <input type="checkbox"/> Hematoma | <input type="checkbox"/> Ferimento ocular | <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia | <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal | <input type="checkbox"/> Em tábua |
| <input type="checkbox"/> Úmida | <input type="checkbox"/> Afundamento | <input type="checkbox"/> Ferimento | <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo | <input type="checkbox"/> Tamponamento | <input type="checkbox"/> Dorosa |
| <input type="checkbox"/> Cianótica | <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante | <input type="checkbox"/> Ferimento | <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo | <input type="checkbox"/> Tamponamento | <input type="checkbox"/> Evisceração |

| AVALIAÇÃO CARDÍACA | | AVALIAÇÃO CLÍNICA | | HISTÓRIA REGRESSIVA | |
|--|---|---|-------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal | <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial | <input type="checkbox"/> Respiratória | <input type="checkbox"/> Digestiva | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular | <input type="checkbox"/> Neurológica | <input type="checkbox"/> Infecçiosa | <input type="checkbox"/> Cardiopatia | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Bradicardia | <input type="checkbox"/> Assistolia | <input type="checkbox"/> Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Obstétrica | <input type="checkbox"/> HAS | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Fluter | <input type="checkbox"/> Assistolia | <input type="checkbox"/> Metabólica | <input type="checkbox"/> Pediátrica | <input type="checkbox"/> Medicação de uso | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Fluter | <input type="checkbox"/> Assistolia | <input type="checkbox"/> Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Aborto | <input type="checkbox"/> Medicação de uso | <input type="checkbox"/> Outros |

| AVALIAÇÃO CARDÍACA | | AVALIAÇÃO CLÍNICA | | HISTÓRIA REGRESSIVA | |
|--|---|---|-------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal | <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial | <input type="checkbox"/> Respiratória | <input type="checkbox"/> Digestiva | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular | <input type="checkbox"/> Neurológica | <input type="checkbox"/> Infecçiosa | <input type="checkbox"/> Cardiopatia | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Bradicardia | <input type="checkbox"/> Assistolia | <input type="checkbox"/> Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Obstétrica | <input type="checkbox"/> HAS | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Fluter | <input type="checkbox"/> Assistolia | <input type="checkbox"/> Metabólica | <input type="checkbox"/> Pediátrica | <input type="checkbox"/> Medicação de uso | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Fluter | <input type="checkbox"/> Assistolia | <input type="checkbox"/> Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Aborto | <input type="checkbox"/> Medicação de uso | <input type="checkbox"/> Outros |

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro (Unidade de Destino)

MÚLTIPLOS MEIOS AÇIONADOS

| INCIDENTE | | ÁREA DE SINISTROS - DPVAT | | DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA | |
|---|---|--|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cancelamento | <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento | <input type="checkbox"/> Polícia Militar | <input type="checkbox"/> Guarda Municipal | <input type="checkbox"/> SMTRAN | <input type="checkbox"/> Bombeiro |
| <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local | <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Outros: |
| <input type="checkbox"/> Trole | <input type="checkbox"/> Bombeiro no local: | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Outros: |
| <input type="checkbox"/> Iniciada em: | <input type="checkbox"/> Término em: | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Outros: |

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

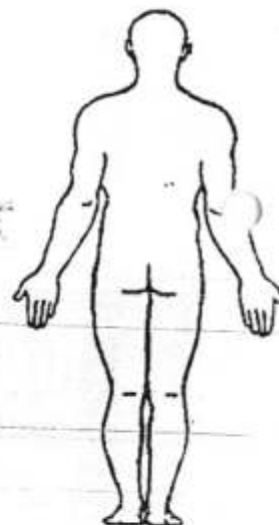
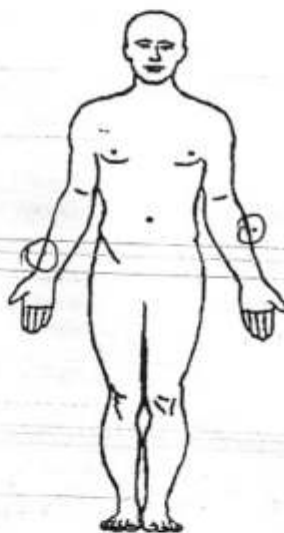
Descrição: _____
 Nome do Receptor: _____
 Função do Receptor: _____
 Assinatura do Receptor: _____
 Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
 Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

GESTANTE

3 pl/semana: _____ Movimentos fetais: _____
 perda de líquido: _____ BCF: _____
☐ Com cartão ☐ Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

| | | |
|---------------------------|-------------------------------|----------|
| Abertura Ocular (O): | Espontânea | 4 pontos |
| | Estímulo verbal | 3 pontos |
| | Estímulo doloroso | 2 pontos |
| | Sem resposta | 1 ponto |
| Meior Resposta Motora (M) | Obedece a comandos | 6 pontos |
| | Localiza dor | 5 pontos |
| | Flexão normal (retirada) | 4 pontos |
| | Flexão anormal (decorticação) | 3 pontos |
| | Extensão (descerebração) | 2 pontos |
| | Sem resposta (flacidez) | 1 ponto |
| Resposta Verbal (V) | Orientado | 5 pontos |
| | Confuso | 4 pontos |
| | Palavras inapropriadas | 3 pontos |
| | Sons incompreensíveis | 2 pontos |
| | Sem resposta | 1 ponto |



EVOLUÇÃO



Maneiras acionadas para socorrer a paciente
 Jeisonia Rodrigues do nascimento 25 anos
 a mesma sofreu um acidente na vizinhança,
 fratura exposta, contusões, levada ao hospital
 local por procedimentos e remanejados em
 H.O.R. das unidades da equipe.