

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: 00000005198-5

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 URNA 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 URNA 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 URNA 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 URNA 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

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

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





18/12/2018

...: Guia de Atendimento 17 ...

Rosânia Gomes da Silva

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1^ª Classificação Reclassificação
 Secretaria de Estado da Saúde Vermelho
 Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Laranja
 Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 Amarelo
 Azul Ass.: Verde

Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação Aux. Serv. Saúde
 Vermelho 19 12 16
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

DIURNO 07-19 40

1801048542	18/12/2018 17:36:48	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF
GECIVANIA RODRIGUES DO NASCIMENTO		06/02/1994	24 A 10 M 12 D		00856626236
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Nacionalidade
Mãe			F	SOLTEIRO(A) PARADA	BRASILEIRA
VANDERLEIA RODRIGUES CARDOSO				Pai	Contato
Endereço				GETULIO BUENO DO NASCIMENTO	Ocupação
RUA - ADOLFO COUTRI NETO - 95 -- CARACARAI - RR					

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA		Procedimento Sol.		
Setor	Tipo de Chegada				Registrado por:
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA				ANTONIA.SOARES
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				

(olhar rosto - rosto)

Anamnese de Enfermagem

QHAS QDM Ø grande

GSC TOTAL
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 0 0 5

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Passou 10min acidente Ambro. Belarmino - Colisão moto - rob. trágida pelo SAMU com mancha sangrada. Perde TCE com perda de consciência no local.

Exame Físico

AAA, b TE, comunicativa, ECGS
 ABMUS bil SNA
ABD - inocente.

Imobilização de MSE e MHD
 trauma da face observado.

Hipótese Diagnóstica

Poli-trauma

SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE

PRESCRIÇÃO



URINA ECG OUTROS

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Domicílio

Solicito novo x + TC da face - anexo

Roberto Cavalcante
Médico
CRM/RN 1001

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

Conduta

Alta por Decisão Médica
 Alta a Pedido
 Alta a Revelia
 Transferência para:

IML Anatomia Patológica

Ortopedia

Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família

Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável

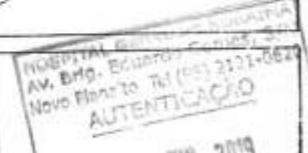
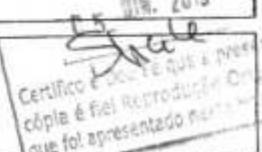
18 JUN 2019

Impresso por: antonia.soares
 Data/Hora: 18/12/2018 17:41:57

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Ceará, Jkdo Bezerra, 441 - Boa Vista - RR



BLOCO A

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		469397		
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO
70000518925191612010		06/02/1994		F
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)
Vanaréia Rodrigues Cardoso		(Nº DO TELEFONE)		R. Andrelfo Couto Neto 95
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF
Caracaraí		RIR		16 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
<p>- UTI em de Acidente Traumático com desfuncionalização e postural ossos feridos.</p>				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		ÁREA DE SINISTROS - DPMAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		 18 JUN 2019		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		 21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 - 49 -		
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		29 - N° DOCUMENTO (CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		33 - ACIDENTE DE TRABALHO		
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		
36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO SUSEPTE		
38 - CNPJ EMPRESA		39 - SÉRIE		
40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		45 - DOCUMENTO		
46 - N° DOCUMENTO (CNS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - DOCUMENTO		
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		

REPORTE DE ATENDIMENTO

NOME : GENEVANAS DO BRASILE

HD: Fz Espostá Automação

PROCEDIMENTO : LITAC 24 CIRURGICO

+ 6ES30



RELATO

- Encount - se Ferimento com
desprendido ossos Vizos e
radio
- LTC com Dorida, Cervicalis
e SF
- Sutura Epoxada
- Tal C153006



Carlos Brumque La Rosa
Médico
CRM-RR 483

18/02/18

S. - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

SESAU



NOME: Giovanna Rodrigues do Nascimento

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

DATA: 18/09/19	HORA: 24:08
DATA: 24/09	HORA: 23:35
DATA: 25/09	HORA: 23:50
DATA: 26/09	HORA: 21:48
DATA: 27/09	HORA: 22:04

SAÍDA: 28/09
Anestesia: G.R.B.
Localização: 30°

SAÍDA: 29/09
P.A.: 90 mmHg
SPO2: 94%

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala	Inicio da Cirurgia	Inicio Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Operativo	Anestesia	SRPA
24/09	23:35	23:50	21:48	22:04	Umpego expurgo	Expturgo		
25/09					Expturgo	M 36		
26/09								
27/09								
28/09								
29/09								

Informações:								
() Hemorrágico	() Pre-anestésico							
() Úlceras	() Tráqueobr.							
() Gangre	() Sangue							
() Alegría	() Cardiopata							
() Faringite	() Bronquite							
() Outros:	() Migrânia							
	() Migrânia							

SG a 10%:	Nome:	CH:	Plasma:	1. Sonda	2. Drenos	3. Feces	4. Urina	5. Outros
Outros:			Plaquetas:					
			Anátomo Patt. gico:					
			() Não					
			() Sim					
			() Cultura					
			() Outros:					

SAT: 97 %	°C	R: bpm	P: bpm	ECG: rpm	PA: mmHg			
() Regular								
() Irregular								
() Outros:								

Exames na SO: () Hb	() Hb	() Hemograma	() Raio X					
() Outros:								

Entradas	Balanço Hídrico							
EV	HV	CH	SNG	Orebro	Diurese	SNG	Outros	

SAÍDA:								

<tbl

ESTADO DE RORAIMA
SECR. ARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA:

Paciente Geovaneo Rocha Nunes Nascimento
Sexo: masculino, nascido em 04/07/1987

IDENTIDADE: CONFIRMADA
Identificação:
Sítio Cirúrgico: Frente ao teto
Assentimento: Não Sim Não

USO DE CIR. TÍCICO: Aplica Não se Aplica
Sítio de procedimento: Não Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE PULSO: Sim Não Não se Aplica
VERIFICAÇÃO DE SEGURO DE VIDA: Concluído

VERIFICAÇÃO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNÇÃO AO EMBALAGEM: Não Sim, Qual: _____
VERGIA CONFIADA: Não Sim, Qual: _____

RISCO DE EMBOLIA SANGUÍNEA > 500 ml: Não Sim, e ação endovenosa adequado e planejamento para fluidos

RISCO DE EMBOLIA SANGUÍNEA > 500 ml: Não Sim, Qual: _____
AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS: Sim Não Não se Aplica

Assinatura: José Buttenhoven Hora: 18 JUN 2019
Assinatura: José Buttenhoven Hora: 18 JUN 2019
Assinatura: José Buttenhoven Hora: 18 JUN 2019
Assinatura: José Buttenhoven Hora: 18 JUN 2019

ANTES DA INCISÃO:

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES:

SALIDA (saída 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 INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS:
 Sim Não Não se Aplica

3- **COMO A amostra para anamnese**
PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA,
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
 Sim Não Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
 Sim Não

Q O CIRURGIAO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM AS PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

Não Sim Não se Aplica

Assinatura e Catrimbo

Assinatura e Catrimbo

GENTE SEGURO DIA
Av. Ceará, 100 Bloco 44 - Rio Branco - RR

Assinatura e Catrimbo



Governo do Estado de Roraima
-Audióvula Palestrona dos Bihierros

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

GEGAVANIA

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



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	<i>Gegavania Rego</i>		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	NEGA	NEGA
IDADE	LEITO	F-4	DATA
ÍTEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO	
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia	SN	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	12 18 24 06	
4	TILATIL 20mg 12/12hs	11 06	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N	10 15 DSN	
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	11 20 06	
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SN	
10	SSVV + CCGG 6/6 H	Rotina	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG		
14	CURATIVO DIARIO - <i>Basco</i> (e)		
15			
16	<i>Gladys 600 - 96 ev 11 22 06</i>		
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

ÁREA DE SINISTROS - DP/MAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUN 2019

GENTE SEGURADORA IMA
Av. Capitão Júlio Bezerra, 404 - Bop Vida - RR

*B26 1058 P
Afetóre*

Carlos Henrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463

SINAIS VITais	PA	FC	T	
6 H	130/80	70	-	-
12 H	187/120	74	36°C	
18 H	131/81	79	36,0	
24 H	120/80	75	-	

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

TAX: 35.9

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

NIR

Regulado
para leito

BLA/304-3 11:50

Regulação Interna



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F

OK

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:	<i>Gecivânia Rodrigues do Nascimento</i>	Idade: 24	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: (<input type="checkbox"/>) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não (<input type="checkbox"/>) Padrão + (<input type="checkbox"/>) Contato (<input type="checkbox"/>) Gotícula - aerosol (<input type="checkbox"/>) Gotícula - perdigotos			
Alergia: (<input type="checkbox"/>) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual(is):			
Necessidade de Intérprete? (<input type="checkbox"/>) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual idioma:			
Possui acompanhante: <input checked="" type="checkbox"/> Sim (<input type="checkbox"/>) Não Obs:			
Deambulação: <input checked="" type="checkbox"/> Normal (<input type="checkbox"/>) Sem deambulação (<input type="checkbox"/>) Acamado (<input type="checkbox"/>) Cadeira de rodas (<input type="checkbox"/>) Fraca (<input type="checkbox"/>) Comprometida/cambaleante			

SISTEMA NEURÓLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente (<input type="checkbox"/>) Orientado (<input type="checkbox"/>) Desorientado	<input type="checkbox"/> Normocárdico (<input type="checkbox"/>) Bradicárdico (<input type="checkbox"/>) Taquicárdico BC: _____				
<input type="checkbox"/> Sedado (<input type="checkbox"/>) Torposo (<input type="checkbox"/>) Comatoso	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão (<input type="checkbox"/>) Hipotensão (<input type="checkbox"/>) Hipertenso PA: _____				
<input type="checkbox"/> Agitado (<input type="checkbox"/>) Reage a estímulos (<input type="checkbox"/>) Não reage	<input checked="" type="checkbox"/> Pulo Cheio (<input type="checkbox"/>) Filiforme (<input type="checkbox"/>) Arritmico Pulso: _____				
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
<input checked="" type="checkbox"/> Fotorreagente (<input type="checkbox"/>) Mióticas (<input type="checkbox"/>) Midriática	<input checked="" type="checkbox"/> VO (<input type="checkbox"/>) SNG/SOG (<input type="checkbox"/>) SNE/SOE (<input type="checkbox"/>) GTT (<input type="checkbox"/>) NPT				
<input type="checkbox"/> Isocônicas (<input type="checkbox"/>) Anisocônicas (<input type="checkbox"/>) Não reagentes	<input checked="" type="checkbox"/> Aceitação da dieta: <input checked="" type="checkbox"/> Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Parcial				
REGULAÇÃO TÉRMICA			<input checked="" type="checkbox"/> Evacuações: (<input type="checkbox"/>) Presente (<input checked="" type="checkbox"/> Ausente (<input type="checkbox"/>) Colostomia:		
<input checked="" type="checkbox"/> Afebril (<input type="checkbox"/>) Hipotérmico (<input type="checkbox"/>) Hipertérmico	<input type="checkbox"/> Normal (<input type="checkbox"/>) Diarreia (<input type="checkbox"/>) Constipação (<input type="checkbox"/>) Melena				
<input type="checkbox"/> Febril (<input type="checkbox"/>) Febre (<input type="checkbox"/>) Pirexia	<input type="checkbox"/> Flatos (<input type="checkbox"/>) Presente (<input type="checkbox"/>) Ausente				
CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
<input checked="" type="checkbox"/> Hidratada (<input type="checkbox"/>) Desidratada (<input type="checkbox"/>) Ressecada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Globoso (<input type="checkbox"/>) Flácido				
<input type="checkbox"/> Normocorada (<input type="checkbox"/>) Hipocorada (<input type="checkbox"/>) Hipercorada	<input type="checkbox"/> Ascítico (<input type="checkbox"/>) Maciço (<input type="checkbox"/>) Timpânico				
<input type="checkbox"/> Anictérica (<input type="checkbox"/>) Ictérica (<input type="checkbox"/>) Cianótica	<input type="checkbox"/> Ruidos Hidroaéreos: (<input type="checkbox"/>) Presente (<input type="checkbox"/>) Ausente				
<input type="checkbox"/> Acianótica (<input type="checkbox"/>) Edema Local: _____	<input type="checkbox"/> Visceromegalias: (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não FO: (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não				
Úlcera por pressão: (<input type="checkbox"/>) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE				
Região: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea (<input type="checkbox"/>) SVD (<input type="checkbox"/>) Anúria (<input type="checkbox"/>) Oligúria				
Curativo realizado: (<input type="checkbox"/>) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não FO: (<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO	<input type="checkbox"/> Poliúria (<input type="checkbox"/>) Disúria (<input type="checkbox"/>) Colúria (<input type="checkbox"/>) Hematúria				
SISTEMA RESPIRATÓRIO			<input checked="" type="checkbox"/> Ostostomia (<input type="checkbox"/>) Irrigação contínua (<input type="checkbox"/>) Uropen		
<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico (<input type="checkbox"/>) Bradipneico (<input type="checkbox"/>) Taquipneico (<input type="checkbox"/>) Dispneico	<input type="checkbox"/> Ar ambiente (<input type="checkbox"/>) Traqueostomia				
Oxigenoterapia (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não Qual: _____					
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS, DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES					
Cateter Periférico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim (<input type="checkbox"/>) Não Local: <i>MSD</i> Data: <i>18/12/18</i> Trocar em: _____					
Cateter Central: (<input type="checkbox"/>) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____					
Sinais de Infecção no sítio da punção: (<input type="checkbox"/>) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não					
Sondas: (<input type="checkbox"/>) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não (<input type="checkbox"/>) SNG	<input type="checkbox"/> SOG (<input type="checkbox"/>) SNE (<input type="checkbox"/>) SOE (<input type="checkbox"/>) GTT (<input type="checkbox"/>) Lavagem (<input type="checkbox"/>) Sifonagem				
reno de: _____	Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____				
Cateter Vesical: (<input type="checkbox"/>) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Data da Instalação: _____ Trocar em: _____				
Prótese: (<input type="checkbox"/>) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Tipo: _____ Local: _____				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM					
(<input type="checkbox"/>) Deglutição	(<input type="checkbox"/>) Padrão respiratório ineficaz	(<input type="checkbox"/>) _____			
(<input type="checkbox"/>) Risco de nutrição desequilibrada	(<input type="checkbox"/>) Déficit no autocuidado para alimentação	(<input type="checkbox"/>) _____			
(<input type="checkbox"/>) Risco de glicemia instável	(<input type="checkbox"/>) Déficit no autocuidado para banho/higiene	(<input type="checkbox"/>) _____			
(<input type="checkbox"/>) Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	(<input type="checkbox"/>) Conhecimento deficiente	(<input type="checkbox"/>) _____			
(<input type="checkbox"/>) Volume de líquidos excessivo	(<input type="checkbox"/>) Comunicação verbal prejudicada	(<input type="checkbox"/>) _____			
(<input type="checkbox"/>) Volume de líquidos deficiente	(<input type="checkbox"/>) Risco de dignidade humana comprometida	(<input type="checkbox"/>) _____			
(<input type="checkbox"/>) Eliminação urinária prejudicada	(<input type="checkbox"/>) Processos familiares disfuncionais	(<input type="checkbox"/>) _____			
(<input type="checkbox"/>) Risco de constipação	(<input type="checkbox"/>) Risco de quedas	(<input type="checkbox"/>) _____			
(<input type="checkbox"/>) Diarreia	(<input type="checkbox"/>) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	(<input type="checkbox"/>) _____			
(<input type="checkbox"/>) Incontinência intestinal	(<input type="checkbox"/>) Dor aguda	(<input type="checkbox"/>) _____			
(<input type="checkbox"/>) Padrão de sono prejudicado	(<input type="checkbox"/>) Dor crônica	(<input type="checkbox"/>) _____			
(<input type="checkbox"/>) Mobilidade física prejudicada	(<input type="checkbox"/>) Náusea	(<input type="checkbox"/>) _____			
(<input type="checkbox"/>) Integridade da pele prejudicada	(<input type="checkbox"/>) Risco de broncoaspiração	(<input type="checkbox"/>) _____			
(<input type="checkbox"/>) Risco de integridade da pele prejudicada	(<input type="checkbox"/>) Risco de infecção	(<input type="checkbox"/>) _____			
(<input type="checkbox"/>) Conforto prejudicado	(<input type="checkbox"/>) Ventilação espontânea prejudicada	(<input type="checkbox"/>) _____			
ÁREA DE SINISTROS - DMAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO					
<i>18 JUN 2019</i>					
GENTE SEGURADORA BM <i>Av. Capital Nilo Peçanha, 414 - Barra - RJ</i>					

104-1

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO DE RORAIMA,
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	<i>Edvane Rodrigues</i>			
DIAGNÓSTICO	HAS	DM2		
ALERGIAS	LEITO	DATA <i>29/12/18</i>		
IDADE	PRESCRIÇÃO			
ITEM	HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE	<i>18 18 06</i>		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	<i>18 18 06</i>		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	<i>18 18 06</i>		
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	<i>18 18 06</i>		
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	<i>18 18 06</i>		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	<i>SN</i>		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	<i>Relaxante</i>		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N	<i>SN</i>		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	<i>Curativo</i>		
10	SSVV + CCGG 6/6 H	<i>8/8 06</i>		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG	<i>22 06</i>		
14	CURATIVO DIARIO			
15	<i>Curativo 600 - 8/8 06</i>			
16	<i>8/8 06</i>			
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:

*Q.E6, VO D8
afecoral*

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

Carlos Enrique da Rosa
 Médico
 CRM-RR 463

SINAIS VITAIS				
6 H	120x68	70	17	36°C
12 H	140x80	75		36.1
18 H	140x98 - 75			36°C
24 H	119x70	102	18	36.5°C

**MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.**



**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

PREScrição MEdICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	<i>Oswaldo Rodrigues</i>		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS		HAS	NEGA
IDADE		LEITO	DM2
ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	AVP: SF 0.9% 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	SSV/V + CCCG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG		
14	CURATIVO DIARIO		
15	<i>Oswaldo Rodrigues</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/MIL, GLICOSE 50% 40 MIL EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MEdICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

*B6 10781
Afibril
ALTA HOSPITALAR*

*Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463*

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.
ÁREA DE SINISTROS - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUN 2019

SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H			
18 H			
24 H			

E



15/04/2019

86.8%

15/04/2019

85.7%

GECIVANIA NASCIMENTO

3676

HOSPITAL CORONEL MOTA



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:

GECIVANIA RODRIGUES DO NASCIMENTO

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

Nome completo:

GECIVANIA RODRIGUES DO NASCIMENTO

CPF:

00856626236

Profissão:

DOMÉSTICA

Endereço:

R: ANMERINHO SANTOS

Número:

1915

Complemento:

2

Bairro:

BURITIS

Cidade:

BOA VISTA

Estado:

RR

CEP:

14519916.8367

E-mail:

MUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM

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

RENDIMENTO 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 OPCIÃO 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: 3559

CONTA: 5198

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso 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.

18 JUN 2019

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a negativação da 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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: BOA VISTA, 05/06/19.

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

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

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 N° 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:

Gecivania 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-denúncia caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT

29 MAI 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

ÁREA DE SINISTROS - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capital, 444 - Boa Vista - RR

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



Givanildo da Silva Vieira
**AGENTE CARACERÁRIO DE POLICIA
CIVIL**
Givanildo da Silva Vieira
Mat. 042000855

**ÁREA DE SINISTROS - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

18 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 414 - 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:

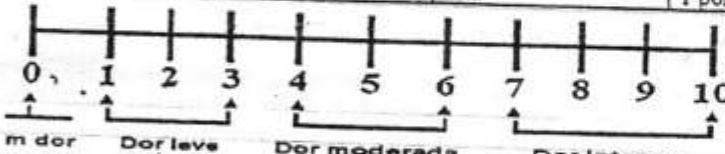
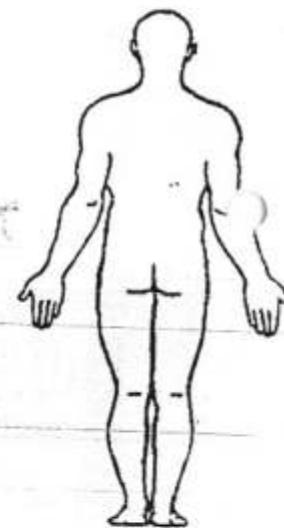
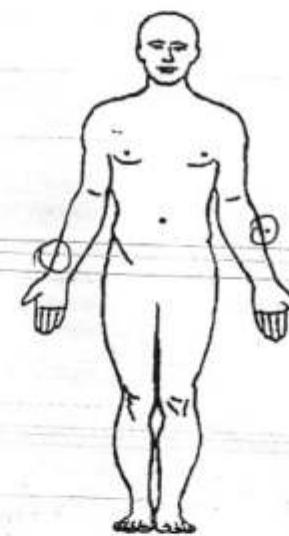
RG:

GESTANTE

3 p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____
 Vinda 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
Mejor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticacão)	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



ÁREA DE SUMISTROS - UPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Mello Breyner, 400 - Boa Vista - RR

EVOLUÇÃO

Nenhas ações para socorrer a paciente
 Gecivanius Rodrigues de nascimeno 25 anos
 a mesma sofreu um acidente na vesícula,
 fratura exposta cintilâncias, levadas ao hospital
 local pros procedimentos e removemos elo
 H.R. aos cuidados da equipe.