

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180229567 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JESIANE VIEIRA GONCALVES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO [REDACTED] SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JESIANE VIEIRA GONCALVES

CPF/CNPJ: 76570533215

Posição em 29-05-2018 09:25:21

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/05/2018	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

09119-4590
98412-1503



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Ministério da Justiça e Segurança Pública
Polícia Rodoviária Federal

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



PRF



Acidente nº 17063259B01

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 174

KM: 505,0 - Crescente

Município: BOA VISTA/RR

Data: 10/08/2017

Hora: 17:25

Policial responsável pelo atendimento: L. ANDRADE, matrícula 1633908

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal

Tipo de pavimento: Asfalto

Tipo de pista: Simples

Condição da pista: Seca

Estrutura viária: Rotatória

Localidade urbanizada:

Acostamento:

Canteiro central:

Condição meteorológica: Céu Claro

Fase do dia: Pleno dia

NARRATIVA

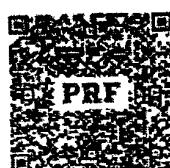
No dia 10/08/2017, às 17:30min, a equipe PRF foi acionada para atender um acidente ocorrido na BR 174, km 505, no município Boa Vista/RR. Chegando ao local, às 17h40min, encontrou-se o veículo e as vítimas em sua posição de repouso. O acidente, uma "queda de motocicleta", envolveu o veículo V1 HONDA/CG 150. O V1 seguia o fluxo da via, deslocando-se na rotatória sentido posto Trevo, quando a corrente da motocicleta se partiu fazendo com que a roda travasse o que ocasionou a queda do condutor e da passageira ao solo. Feriram os dois levemente. OBS.: 1 - Velocidade regulamentar no local é de 60 km/h. 2 - A via estava com a sinalização horizontal e vertical em ordem e com o pavimento em bom estado de conservação. Quanto às condições ambientais, estas eram de céu limpo, e não havia sinais de ter havido precipitação pluviométrica no momento do acidente. 3 - Vítimas feridas levemente foram socorridas por equipes do SAMU e bombeiro, sendo encaminhadas ao HGR. 4 - Uma equipe da SMTRANS guarnecia e sinalizava o local dando da chegada da viatura PRF.

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	ÁREA DE SINISTROS - DRA V	Veículos Envolvidos
1	Danos eventuais	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	

17 MAI 2013

Documentário assinado eletronicamente por L. ANDRADE, matrícula 1633908, Policial Rodoviário Federal, em 10/08/2017, às 20:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.



Assinatura
eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17063259B01 e o número de controle 2D0F0C38ABD0AF7B51C26D9E5D61AB



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 17063259B01



PRF

APRESENTAÇÃO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
SAMU	10/08/2017 17:25	10/08/2017 17:30

IMAGENS DE INFORMAÇÕES



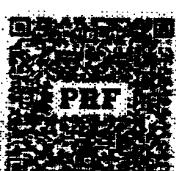
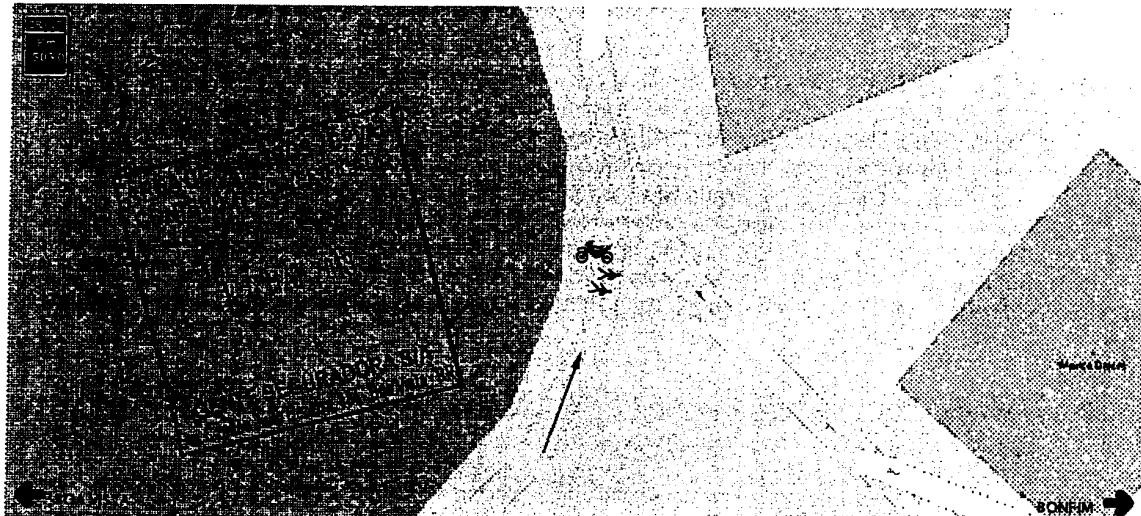
SENTIDO CRESCENTE



SENTIDO DECRESCENTE

AMARRAÇO DE VEÍCULOS AFIADA

GRACIENDE DE VÍNCULOS DE TERCEIROS



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por L. ANDRADE, matrícula 1633908, Policial Rodoviário Federal, em 10/08/2017, às 20:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17063259B01 e o número de controle 2D0F0C38ABD0AF7B51C26D9E5D61AB



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 17063259B01



PRF

V1



TRACIONADOR

NUH7548

Placa: NUH7548 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: HONDA/CG150 START/2015

Renavam: 01060950844

Chassi: 9C2KC1670FR214273

Tipo de Veículo: Motocicleta

Espécie/categoria: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

PROPRIETÁRIO

Nome: JESIANE VIEIRA GONCALVES

CPF/CNPJ: 765.705.332-15

Endereço: RUA RIO TACUTU, 43 - casa, aracelis, BOA VISTA/RR

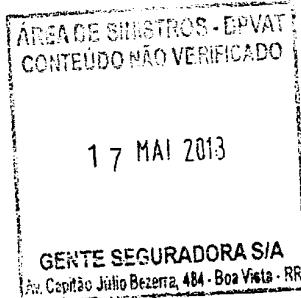
Telefone/email: 991194590/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Outros

Tipo de receptor: Outro

Informações complementares: Veiculo entregue a Hirana Vieira Gonçalves, irmã da proprietária (passageira). Telefone de contato 991589626.



Documento assinado eletronicamente por L. ANDRADE, matrícula 1633908, Policial Rodoviário Federal, em 10/08/2017, às 20:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

Assinatura
eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17063259B01 e o número de controle 2D0F0C38ABD0AF7B51C26D9E5D61AB



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 17063259B01

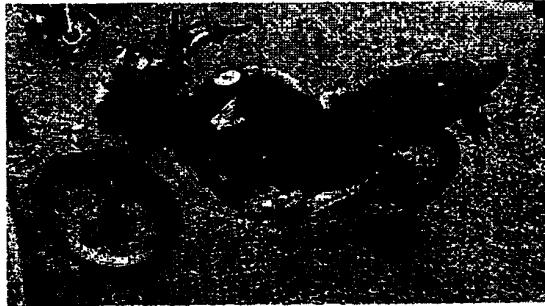


PRF

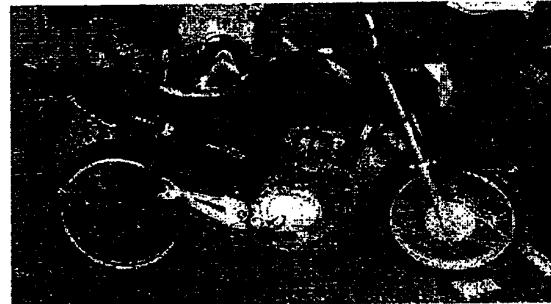
V1



TRACIONADOR



NUH7548



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 MAI 2018
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

Documento assinado eletronicamente por L. ANDRADE, matrícula 1633908, Policial Rodoviário Federal, em 10/08/2017, às 20:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.



Assinatura
eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17063259B01 e o número de controle 2D0F0C38ABD0AF7B51C26D9E5D61AB

191



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 17063259B01



PRF

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

V1



EDIMAR SILVA SANTOS

CONDUTOR

Placa do veículo: NUH7548

Marca/modelo: HONDA/CG150 START

Envolvimento: Condutor

Nome: EDIMAR SILVA SANTOS

CPF: 644.312.902-49

Data de nascimento: 14/09/1972

Estado civil: Solteiro(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: NÃO APLICÁVEL

Usava capacete: Sim

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional **Categoria:** A **Data primeira habilitação:** 06/04/2015

Nº de registro: 0633871503 **UF:** RR **Data de vencimento da habilitação:** 17/04/2019

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 99

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: R RIO TACUTU, 43 - CASA, ARACELIS, BOA VISTA/RR

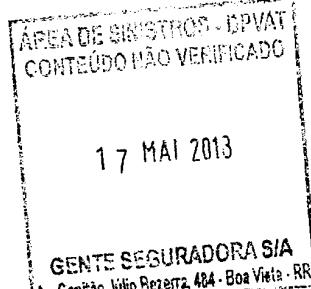
Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Socorro médico

Tipo de receptor: SAMU

Informações complementares: condutor encaminhado ao HGR pelo SAMU.



Documento assinado eletronicamente por L. ANDRADE, matrícula 1633908, Policial Rodoviário Federal, em 10/08/2017, às 20:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

Assinatura
eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17063259B01 e o número de controle 2D0F0C38ABD0AF7B51C26D9E5D61AB



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 17063259B01



PRF

V1



JESIANE VIEIRA GONCALVES

Placa do veículo: NUH7548

Marca/modelo: HONDA/CG150 START

Envolvimento: Passageiro

Nome: JESIANE VIEIRA GONCALVES

CPF: 765.705.332-15

Data de nascimento: 02/04/1978

Estado civil:

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: NÃO APLICÁVEL

Usava capacete: Sim

[DADOS DE CONTA]

Endereço: RUA RIO TACUTU, 43 - CASA, PROF ARACELIS, BOA VISTA/RR

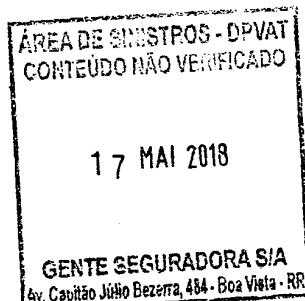
Telefone/email: 991194590/NÃO INFORMADO

[ESTADO DE MÉDICO]

Motivo: Socorro médico

Tipo de receptor: SAMU

Informações complementares: Passageiro encaminhado ao HGR pelo SAMU



Documento assinado eletronicamente por L. ANDRADE, matrícula 1633908, Policial Rodoviário Federal, em 10/08/2017, às 20:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do Inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.



Assinatura
eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17063259B01 e o número de controle 2D0F0C38ABD0AF7B51C26D9E5D61AB



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 17063259B01



PRF

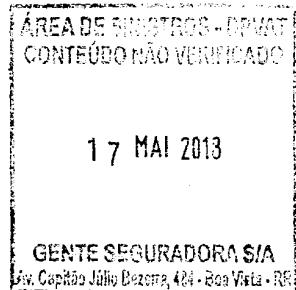


Imagens Complementares

Informações Gerais



IMAGEM COMPLEMENTAR 01



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por L. ANDRADE, matrícula 1633908, Policial Rodoviário Federal, em 10/08/2017, às 20:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17063259B01 e o número de controle 2D0F0C38ABD0AF7B51C26D9E5D61AB



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 17063259B01



RELATÓRIO DE AVERIA/RESOLUÇÃO DE ACIDENTE - CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/CG150 START

Placa: NUH7548

Nome do agente: L. ANDRADE

Nº BOAT: 17063259B01

Matrícula do agente: 1633908

Data: 10/08/2017

Item	Descrição do item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NAO**	NA***
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

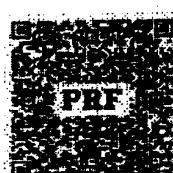
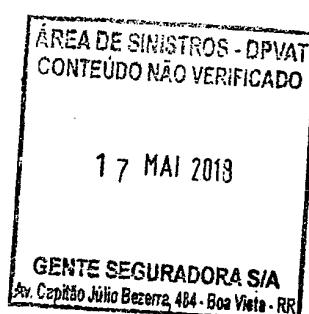
Total geral (SIM + NA): 0

Dimensão da monta: Pequena

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por L. ANDRADE, matrícula 1633908, Policial Rodoviário Federal, em 10/08/2017, às 20:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

Assinatura eletrônica
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 17063259B01 e o número de controle 2D0F0C38ABD0AF7B51C26D9E5D61AB

DECLARAÇÃO

JESIANE VIEIRA GONÇALVES, brasileira, solteira, serviços gerais, portadora da Cédula de Identidade nº 150796 SSP/RR, inscrita no CPF sob o nº 765.705.332-15, residente e domiciliada na Rua Rio Tucutu, nº 43, Bairro: Prof. Aracelis S. Maior, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima. **DECLARA** para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fé.

Boa Vista-RR, 04 de Maio de 2018.



DECLARANTE

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE(S):

JESIANE VIEIRA GONÇALVES, brasileira, solteira, serviços gerais, portadora da Cédula de Identidade nº 150796 SSP/RR, inscrita no CPF sob o nº 765.705.332-15, residente e domiciliada na Rua Rio Tucutu, nº 43, Bairro: Prof. Aracelis S. Maior, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.

OUTORGADO(S):

LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº 639, com escritório na Avenida Getúlio Vargas, nº 7887, Bairro São Vicente, na cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.

PODERES:

A quem confere os poderes da cláusula ad judicia et extra para, agindo em conjunto ou individualmente, independentemente da ordem de nomeação, representar o Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como promover umas e outras até final decisão, interpondo recursos, recebendo e dando quitação; exigir, desistir, transigir, firmar compromissos e acordos; reconhecer a procedência de pedidos; renunciar ao direito sobre o que se fundamente qualquer ação; habilitar em precatório; oferecer representação criminal e queixa-crime, requerer, levantar e receber alvarás de quaisquer espécies, enfim, todos os atos indispensáveis ao fim a que se destina este mandato, que poderá ser substabelecido no todo ou em parte, com ou sem reserva de iguais poderes, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até final liquidação de sentença.

Boa Vista-RR, 04 de Maio de 2018.



OUTORGANTE



Nome: **JESIANE VIEIRA GONÇALVES**

Cód. Pac.: **45324**

Data: 14/04/2018 Idade: 40A Procedência: **ELETIVO**

Médico Solicitante: **VITOR P SANTIAGO**

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

Protocolo:

Exame realizado pelas técnicas spin-eco (SE) e turbo spin-eco (TSE), ponderadas em T1, T2 SPIR e densidade de prótons, com aquisição multiplanar e com cortes de 4mm.

Relatório:

- Estruturas ósseas com morfologia e intensidade de sinal habituais.
- Discreta alteração de sinal na cartilagem de revestimento patelar, com uma discreta fissura na faceta medial, atingindo a camada média.
- Alteração de sinal intrassubstancial envolvendo o corpo do menisco lateral, com maior irregularidade ao nível da margem livre, associada a fissuras atingindo as superfícies articulares superior e inferior.
- Afilamento e discreta irregularidade na cartilagem de revestimento de carga fêmoro-tibial medial.
- Restante das superfícies e cartilagens articulares são lisas e de espessura preservada.
- Alteração de sinal intrassubstancial no corno posterior do menisco medial, com fissuras atingindo a superfície periférica, sem extensão articular significativa.
- Espessamento e irregularidade proximal junto a inserção do ligamento colateral medial, de aspecto fibrocicatricial.
- Ligamento colateral lateral íntegro.
- Tênuas redundâncias de fibras com orientação usual na inserção proximal do ligamento cruzado anterior, podendo estar relacionado a alteração fibrocicatricial de lesão prévia, dentre as possibilidades. Convém correlação com exame físico, para avaliação de suficiência ligamentar.
- Ligamento cruzado posterior íntegro.
- Ligamentos colaterais medial e lateral de aspectos preservados.
- Tendão quadríceps e patelar sem alterações significativas.
- Pequeno derrame articular.
- Estruturas musculares íntegras.

Dr. Daniel Lopes Azevedo

Resp. Técnico
CRM-RR 1191
RQE: 566 Médico

Dr Daniel Lopes Azevedo, RQE 566
Responsável Técnico

Dr. Leomar Hitotuzi
Médico
CRM-RR 1232

Dr Leomar Hitotuzi
Membro titular do CBR

/ CRM: 1232 RR

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode ser modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

NOME: JESIANE VIEIRA GONÇALVES

MÉDICO: PATRICK RABELO JOSÉ

Nº. Controle: RM SUS



CLÍNICA RADIOLÓGICA OLIVEIRA
Resp. Tec: Marcelo Botelho de Oliveira CRM-RR/RQE 682

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

Exame realizado com aquisição nos diversos planos e seqüências, evidenciando:

Estrutura óssea conservada.

Tendão quadricipital e patelar sem alterações aparentes.

Ligamentos cruzados e colateral lateral com morfologia e sinal normal.

Espessamento e heterogeneidade de sinal do terço proximal do ligamento colateral medial, sugerindo lesão parcial/estiramento.

Área focal de hipersinal no corno anterior do menisco lateral e corno posterior do menisco medial, sem extensão para à superfície articular, sugerindo meniscopatia degenerativa.

Pequeno derrame articular.

Cartilagem patelar e retináculos da patela sem alterações aparentes.

Planos musculares e tecido celular subcutâneo de configuração normal.

Correlacionar com dados clínicos.

Vista, 08 de agosto de 2018

clinicacrx@hotmail.com clinicacrx@gmail.com

(95) 3224 - 7999 (95) 3224 - 0485 (95) 3523 - 1091 Fax
(95) 99122 - 2122 Vivo (95) 90119 - 0555 Tim

Este laudo é uma impressão subjetiva das imagens geradas de lo com o pedido médico e das informações clínicas contidas nesse lo. Em caso de informações clínicas adicionais por escrito, novas derações poderão ser emitidas. Estamos disponíveis para qualquer ecimento."

Marcelo Botelho de Oliveira CRM RR 682

Paulo Ernesto Coelho de Oliveira CRM RR 095

Camilo Botelho de Oliveira CRM RR 1355

Larissa Barbosa Lago de Freitas CRM RR 1620

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
CLINICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
SETOR DE ULTRASSONOGRAFIA

NOME: JESIANE VIEIRA GONÇALVES

IDADE: 39 ANOS DN: 02.04.79

DR(º): GUILHERME DATA: 30.05.18

ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES DO MIE

Apresentando imagem sugestiva de microlipoma em evolução, medindo aproximadamente 1,1 X 0,83cm de diâmetro, localizada a nível da face posterior da região da panturrilha esquerda.

DR. GREGÓRIO ENRIQUE/ CRM-498/TECO 356/ RQE 383

Nome: **JESIANE VIEIRA GONÇALVES**
Data: 25/11/2017 Idade: 39A Procedência: **ELETIVO**
Médico Solicitante: **JESUS AGUIRRE**

Cód. Pac.: 45324

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

Protocolo:

Exame realizado pelas técnicas spin-eco (SE) e turbo spin-eco (TSE), ponderadas em T1, T2 SPIR e densidade de prótons, com aquisição multiplanar e com cortes de 4mm.

Indicação clínica:

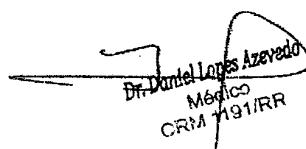
Lesão ligamentar.

Relatório:

- Rotura longitudinal horizontal do corno anterior do menisco lateral, estendendo-se ao corpo, onde há rotura radial, com amputação da margem livre associada.
- Alteração de sinal intrassubstancial, de aspecto degenerativo no corpo e corno posterior do menisco medial.
- Demais porções dos meniscos lateral e medial sem lesões.
- Ligamento cruzado anterior espessado, com alteração de difusa. Discreta angulação posterior focal no terço médio. Sugere-se correlação com manifestações clínicas para a avaliação da suficiência ligamentar, a critério do médico assistente.
- Alteração de sinal e espessamento na porção superior do ligamento colateral medial, inferindo lesão parcial.
- Ligamentos colateral lateral e cruzado posterior preservados.
- Discreta impactação junto ao contorno inferior do côndilo femoral lateral.
- Edema subcortical junto ao da região mais interna da área de carga do côndilo femoral medial, notando-se discreto afilamento condral femoro-tibial nesta região.
- Relativa preservação das cartilagens de revestimentos fêmoro-patelares.
- Mínimo derrame articular.
- Ventres musculares sem alterações.
- Tendão do quadríceps e ligamento da patela íntegros.

Opinião:

- *Rotura longitudinal horizontal do corno posterior, com extensão ao corpo do menisco lateral, onde há, associada a rotura radial, com amputação da margem livre.*
- *Sinais de lesão parcial do ligamentos cruzado anterior e colateral medial, destacando área de lesão osteocondral junto a região anterior da área de carga do côndilo femoral medial, com discreto afilamento condral focal.*
- *Mínimo derrame articular.*
- *Demais achados acima descritos no texto do laudo com maiores detalhes.*



Dr. Daniel Lopes Azevedo
Médico
CRM 1191/RR

Dr Daniel Lopes Azevedo, RQE 566
Responsável Técnico

Dr Daniel Lopes Azevedo
Membro titular do CBR

/ CRM:1191 RR

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode ser modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



RECEITUÁRIO

NOME: Jessiane Véris Gonçalves

Lindo Média

Pode ter que de bifeiras
mas no dia 01/03/2019

reparo: está em tratamento
sem condições de trabalhar

90 dias

DATA

16/02/19

Patrick Rabelo José
Ortopedista e Traumatologista
CRM/RR 1383-RQE 184

RECEBIDO

DATA 16/02/19

HORA 12:05

ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (065) 2121 0611

GOVERNO
DO Povo

MASTOCARDIO

AV MAJOR WILLIAMS, 1922, SÃO FRANCISCO

RESP TECNICO: DRA FLÁVIA TOSTES CRM-RR 1616 RQE 120

PACIENTE:	JESIANE VIEIRA GONÇALVES

LAUDO MÉDICO

CID-X M23.8

PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO EM AGOSTO DE 2017, EVOLUINDO ATÉ O MOMENTO COM DOR GENERALIZADA NO JOELHO ESQUERDO, SEM TECLA, MAS AO EXAME SOMATOSCÓPICO, EDEMA E TUMEFAÇÃO, FLEXO DE CERCA DE 10 A 15 GRAUS. AO EXAME FÍSICO, DOR ANTERIOR E POSTERIOR, FLEXO PASSIVO ATÉ 10 GRAUS, COM DOR E BLOQUEIO AO TENTAR EXTENSÃO TOTAL, EDEMA ANTERO-PATELAR, SEM TECLA, FLEXÃO PASSIVA E ATIVA ATÉ 100 GRAUS (O JOELHO CONTRALATERAL TEM MOBILIDADE -5 A 130 GRAUS AO EXAME ATIVO), COM DOR A PALPACAO GENERALIZADA, CARACTERIZANDO SINOVITE PÓS TRAUMA. A RM TEM ROTURA PARCIAL MENISCAL, LESÃO OSTEOCONDRAL E ESTIRAMENTO DO LCA. PACIENTE TRABALHA COMO AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS, E ENCONTRA-SE EM REABILITAÇÃO, SEM CONDIÇÕES DE MANTER SEU TRABALHO POR ORA. SUGIRO AFASTAR POR 90 DIAS. SERÁ REAVALIADA.

Patrick Rabelo José
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1383 RQE 164
Cirurgia do Joelho

PATRICK RABELO JOSÉ
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM/RR 1383 RQE 164

BOA VISTA, RR, 17 DE MARÇO DE 2018

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2013

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

Página 1 de 1



INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Carta de Concessão / Memória de Cálculo do Benefício

22/02/2019 11:04:20

Nome: JESIANE VIEIRA GONCALVES

Nit: 1259692666-2

Aps: 27.0.01.010 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL BOA VISTA/RR

Número do Benefício: 626710418-8

Data de Concessão do Benefício: 18/02/2019

Comunicamos que lhe foi concedido **APOSENTADORIA INVALIDEZ PREVIDENCIARIA (32)** número **626710418-8** requerido em **28/01/2019** com renda mensal de **R\$ 998,00** com início de vigência a partir de **28/01/2019**.

Caso não tenha feito opção pelo crédito em conta corrente ou poupança, compareça na instituição bancária indicada abaixo, munido obrigatoriamente do documento de identificação apresentado no ato do requerimento do benefício. Os créditos subsequentes serão efetuados no 3º dia útil de cada mês.

Confira o seu nome, o endereço impresso abaixo e, em caso de erro, compareça à Agência da Previdência Social para que sejam providenciadas as devidas correções.

Dados do Pagamento do Benefício

Órgão Pagador / Agência Bancária: 067.010 / BRADESCO - BOA VISTA

Endereço: AV. JAIME BRASIL, 381 - CENTRO

As aposentadorias por idade, tempo de contribuição e especial concedidas pela Previdência Social, são irreversíveis e irrenunciáveis, após o saque do primeiro pagamento ou do PIS, PASEP ou FGTS.



Você pode conferir a autenticidade do documento em
<https://meu.inss.gov.br/central/autenticidade.html>
com o código 190222WLV8WW01



INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Histórico de Créditos

22/02/2019 11:07:50

Identificação do Filiado

NIT: 125.96926.66-2 **CPF:** 765.705.332-15 **Data de Nascimento:** 02/04/1978

Nome: JESIANE VIEIRA GONCALVES

Nome da mãe: ELVIRA VIEIRA GONCALVES

Compet. Inicial: 01/2019

Compet. Final: 02/2019

Créditos do Benefício

NB: 6267104188

Espécie: 32 - APOSENTADORIA POR INVALIDEZ PREVIDENCIARIA

APS: 27001010 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL BOA VISTA/RR

Data de Início do Benefício (DIB): 28/01/2019

Data de Cessação do Benefício (DCB):

Data de Início do Pagamento (DIP): 28/01/2019

MR: R\$ 998,00

Competência	Período	Valor Líquido	Meio de Pagamento	Status	Previsão do Pagamento	Data do Pagamento	Crédito Invalidado	Isento IR
02/2019	28/01/2019 a 31/01/2019	R\$ 0,00	CMG - CARTAO MAGNETICO		22/02/2019		Não	Não

Banco: 237 - BRADESCO OP: 796387 - LOJINHA MODERNA - BRADESCO EXPRESSO Ocorrência: Divergência Cadastramento/Crédito

Data Cálculo: 19/02/2019 Origem: Pag. Alternativo de Benef. Validação Início: 22/02/2019 Fim: 30/04/2019

Código	Descrição Rubrica	Valor
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERÍODO	R\$ 99,80
203	CONSIGNACAO	R\$ 99,80
310	DESCONTO DE CONSIGNACAO NO I.R.	R\$ 99,80
905	CONSIG. CREDITO PAGO BENEFICIO ANTERIOR	R\$ 99,80

Competência	Período	Valor Líquido	Meio de Pagamento	Status	Previsão do Pagamento	Data do Pagamento	Crédito Invalidado	Isento IR
02/2019	01/02/2019 a 28/02/2019	R\$ 68,00	CMG - CARTAO MAGNETICO		08/03/2019		Não	Não

Banco: 237 - BRADESCO OP: 796387 - LOJINHA MODERNA - BRADESCO EXPRESSO Ocorrência: Divergência Cadastramento/Crédito

Data Cálculo: 18/02/2019 Origem: Concessão. Validação Início: 08/03/2019 Fim: 30/04/2019

Código	Descrição Rubrica	Valor
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERÍODO	R\$ 998,00



Página 2 de 4

INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL Histórico de Créditos

22/02/2019 11:07:50

Identificação do Filiado

NIT: 125.96926.66-2

CPF: 765.705.332-15

Data de Nascimento: 02/04/1978

Nome: JESIANE VIEIRA GONCALVES

Nome da mãe: ELVIRA VIEIRA GONCALVES

Compet. Inicial: 01/2019

Compet. Final: 02/2019

137	ADIANTAMENTO P/ARREDONDAMENTO DO CREDITO	R\$ 0,21
203	CONSIGNACAO	R\$ 930,21
310	DESCONTO DE CONSIGNACAO NO I.R.	R\$ 930,21
316	SALDO DEVEDOR ARREDONDAMENTO DE CREDITOS	R\$ 0,21
905	CONSIG. CREDITO PAGO BENEFICIO ANTERIOR	R\$ 930,21



INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Histórico de Créditos

22/02/2019 11:07:50

Identificação do Filiado

NIT: 125.96926.66-2 **CPF:** 765.705.332-15 **Data de Nascimento:** 02/04/1978

Nome: JESIANE VIEIRA GONCALVES

Nome da mãe: ELVIRA VIEIRA GONCALVES

Compet. Inicial: 01/2019

Compet. Final: 02/2019

Créditos do Benefício

NB: 6228589672

Espécie: 31 - AUXILIO-DOENCA PREVIDENCIARIO

APS: 27001010 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL BOA VISTA/RR

Data de Início do Benefício (DIB): 23/04/2018

Data de Cessação do Benefício (DCB): 27/01/2019

MR: R\$ 982,04

Data de Início do Pagamento (DIP): 23/04/2018

Competência	Período	Valor Líquido	Meio de Pagamento	Status	Previsão do Pagamento	Data do Pagamento	Crédito Invalidado	Isento IR
01/2019	01/01/2019 a 27/01/2019	R\$ 980,86	CMG - CARTAO MAGNETICO	Pago	04/02/2019	05/02/2019	Não	Sim

Banco: 237 - BRADESCO OP: 796387 - LOJINHA MODERNA - BRADESCO EXPRESSO Ocorrência: Pagamento Efetivado

Data Cálculo: 11/01/2019 Origem: Geração de creditos mensais. Validação Início: 04/02/2019 Fim: 29/03/2019

Código	Descrição Rubrica	Valor
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERÍODO	R\$ 898,20
104	VALOR DO DEZIMO-TERCEIRO SALARIO	R\$ 83,16
215	AJUSTE DO ARREDONDAMENTO DE CREDITOS	R\$ 0,50

Competência	Período	Valor Líquido	Meio de Pagamento	Status	Previsão do Pagamento	Data do Pagamento	Crédito Invalidado	Isento IR
01/2019	28/01/2019 a 28/01/2019	R\$ 33,26	CMG - CARTAO MAGNETICO	Pago	31/01/2019	05/02/2019	Não	Sim

Banco: 237 - BRADESCO OP: 796387 - LOJINHA MODERNA - BRADESCO EXPRESSO Ocorrência: Pagamento Efetivado

Data Cálculo: 28/01/2019 Origem: Pag. Alternativo de Benef. Validação Início: 31/01/2019 Fim: 29/03/2019

Código	Descrição Rubrica	Valor
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERÍODO	R\$ 33,26
348	CP-RESIDUO CALCULADO PELO SISTEMA	R\$ 33,26



INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Histórico de Créditos

22/02/2019 11:07:50

Identificação do Filiado

NIT: 125.96926.66-2

CPF: 765.705.332-15

Data de Nascimento: 02/04/1978

Nome: JESIANE VIEIRA GONCALVES

Nome da mãe: ELVIRA VIEIRA GONCALVES

Compet. Inicial: 01/2019

Compet. Final: 02/2019

Competência	Período	Valor Líquido	Meio de Pagamento	Status	Previsão do Pagamento	Data do Pagamento	Crédito Invalidado	Isento IR
02/2019	29/01/2019 a 31/01/2019	R\$ 66,53	CMG - CARTAO MAGNETICO	Pago	01/02/2019	05/02/2019	Não	Sim

Banco: 237 - BRADESCO OP: 796387 - LOJINHA MODERNA - BRADESCO EXPRESSO Ocorrência: Pagamento Efetivado
Data Cálculo: 29/01/2019 Origem: Pag. Alternativo de Benef. Validade Início: 01/02/2019 Fim: 29/03/2019

Código	Descrição Rubrica	Valor
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERÍODO	R\$ 66,53
337	CP-REATIVACAO	R\$ 66,53

Competência	Período	Valor Líquido	Meio de Pagamento	Status	Previsão do Pagamento	Data do Pagamento	Crédito Invalidado	Isento IR
02/2019	01/02/2019 a 28/02/2019	R\$ 998,00	CCF - CONTA-CORRENTE		07/03/2019		Não	Sim

Banco: 237 - BRADESCO OP: 67010 - BOA VISTA Ocorrência: Divergência Cadastramento/Crédito
Data Cálculo: 16/02/2019 Origem: Geração de créditos mensais. Validade Início: 07/03/2019 Fim: 30/04/2019

Código	Descrição Rubrica	Valor
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERÍODO	R\$ 998,00



Você pode conferir a autenticidade do documento em
<https://meu.inss.gov.br/central/autenticidade.html>
com o código 190222VCZDFE07

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99.

10/08/2017

...: Guia de Atendimento 02 ...

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



1700820525	10/08/2017	18:19:22	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19	48		
Paciente				Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
JESIANE VIEIRA GONCALVES				02/04/1978	39 A 4 M 8 D	707400023867378	76570533215	00085793
Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade		
IDENTIDAD 150796	SSP/RR	22/06/2005	F	SOLTEIR(A) SEM	BOA VISTA - RR	INFORMAÇÃO	Contato	
Mãe				Pai	JOSE VERSIMON GONCALVES		(95) 99119-4590	
ELVIRA VIEIRA GONCALVES								Ocupação
Endereço								NÃO INFORMADA
RUA - RIO TACUTU - 43 - PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR - BOA VISTA - 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.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA			Procedimento Sol.				
Setor	Tipo de Chegada							
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL							
Queixa Principal	<p><i>Queda de moto</i></p>			<input type="checkbox"/> Síndrome Febril	<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório	<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue		
Anamnese de Enfermagem				GSC		TOTAL		
				AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA) : h)	<p><i>Histórico de queda de moto (pré-ped) devido a corte de moto após colisão com poste de iluminação. Pelo lado esquerdo da face com lesão aberta e sangramento.</i></p>							
Exame Físico	<p><i>Exame Físico: Lesão de dor na face direita com hematoma.</i></p>							
Hipótese Diagnóstica								
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO		
<p><i>08/08/2017 10:00</i></p> <p><i>08/08/2017 10:20 am 18:25</i></p>				<p><i>APR 2017</i></p>				
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: <i>Ortopedia</i>							
	<input type="checkbox"/> Consultório <input type="checkbox"/> Conservação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saida/Alta: / / : :							
Óbito								
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável	<p><i>Dr. Odair M. Vaz</i></p> <p><i>CRM-RB-1641</i></p> <p><i>Cadastrado no CRM-RB</i></p>							
Impresso por: ellen.viviane	<p><i>17 MAI 2018</i></p> <p><i>GENTE SEGURADORA S/A</i></p> <p><i>Av. Capitão Julio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR</i></p>							
Data Hora: 10/08/2017 18:23:58								
<p><small>© 2017 SOTech - Soluções em Tecnologia Ltda - Incorporada em 2017 VAT: 41.000.000.000-0002-0000</small></p>								
<p><small>Barcode: 1700820525</small></p>								

Antônio /

Soc ab relato trauma em jeth.
F, é cinto deixa F.

Não se realizou art radiográfica.

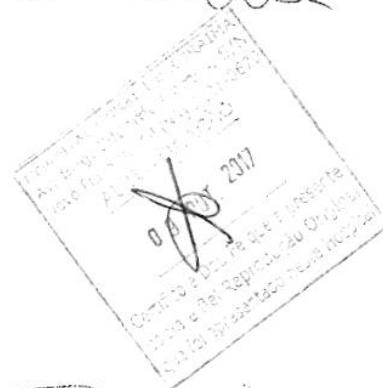
E f amores durares acha

10: Imobilização

As

Analgésico

Reles



Julio Rodrigues Coelho
Médico Residente
Cirurgia e Traumatologia
CRM-RR 1732





EMERGÊNCIA

GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



RECEITUÁRIO

NOM: Ismael Vélez Gómez

103

Landis McElroy

DATA 1971

Patrick Ramalho
Ginecologia e Traumatologia
CRM/RN 1383 RQE 156
Cirurgia do Jônio -

ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.110-005 • Boa Vista-RR Fone: (0xx91) 2121 0611

GOVERNO
DO Povo





GOVERNO DE RORAIMA
NÚCLEO ESTADUAL DE REabilitação FÍSICA 05 DE OUTUBRO
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

RECEITUÁRIO

NOME: Tessane Vizinho Gonçalves

Paciente ativa contida, encaminhada em fins de terapia no dia 16/03/2013, vítima de acidente de trânsito com lesões faciais e gengivais no lado esquerdo. Realizou 10 sessões no período de 06/03/2013 a 23/03/2013, apresentando melhora incomparável - evidenciando um quadro de dor desaparecida, assim como melhora das percepções sensoriais. Apresenta ponto de estresse emocional. Apresenta persistente dor de cabeça, dor nas articulações, dor nas costas e dor nas costas. Dor nas costas e dor nas costas.

DATA: 02/03/13

Dra. Camila Soares
FISIOTERAPEUTA
CRF/RR/1989631-F

ASSINATURA E CARIMBO

Av. General Ataíde Teive nº 6459 – Bairro Nova Canaã
CEP. 69314-416 – Boa Vista – Roraima - Brasil
(0xx95) 3625-0794/3627-7196

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2013

GENTE SEGURADORA S/A
(Av. Capitão Julio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR)



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Desse V. Soares RECEITUÁRIO

Estou em tratamento e
vou falar com respeito
ao meu encontro com a
sua clínica. Por favor
me dar mais detalhes
sobre o encontro.

DATA 3/3/18

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro-Boa Vista RR
CEP: 69.301-150 - CNPJ 84.013.408/0001-98

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2013

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 454 - Boa Vista - RR

 SAMU 192	FICHA DE ATENDIMENTO																											
	Unidade: Bravo III / <i>Samu 02</i> Equipe: <i>Tec. Ildevaldo / And. de Oxane</i> N° <i>10</i>																											
CHAMADA AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)	Paciente: <i>ESIANGI VIGIRA GONÇALVES DOS SANTOS</i> Idade: <i>39</i> Sexo: <i>F</i> Endereço: <i>SR 174 KM. 11CSA</i>																											
	N° <i>12895</i> DATA <i>10/10/2018</i> HORA J/9: <i>BASE () / VIA ()</i> Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: <i>Dr. Paulo Silveira</i> HORA J/10:																											
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na natureza)	MOTIVO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ATENDIDO NO LOCAL <input type="checkbox"/> OUTRO																											
	MECANISMO DE TRAUMA																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;"> AUTOMÓVEL <input checked="" type="checkbox"/> Capotamento <input checked="" type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão _____ <input checked="" type="checkbox"/> Motorista <input checked="" type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input checked="" type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro </td> <td style="width: 33%; padding: 5px;"> AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Uso do cinto _____ <input type="checkbox"/> Vítima projetada _____ <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada _____ <input type="checkbox"/> Air Bag _____ </td> <td style="width: 33%; padding: 5px;"> VIOLENCIA <input type="checkbox"/> FAB _____ <input type="checkbox"/> FAF _____ <input type="checkbox"/> Espancamento _____ <input type="checkbox"/> Violência Doméstica _____ <input type="checkbox"/> Violência Sexual _____ <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio _____ <input type="checkbox"/> Outro: _____ </td> <td style="width: 33%; padding: 5px;"> OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto _____ <input type="checkbox"/> Queda mais de 3 m _____ <input type="checkbox"/> Queda menos de 3 m _____ <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: _____ <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico _____ <input type="checkbox"/> Queimadura Agente _____ <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____ </td> </tr> </table>		AUTOMÓVEL <input checked="" type="checkbox"/> Capotamento <input checked="" type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão _____ <input checked="" type="checkbox"/> Motorista <input checked="" type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input checked="" type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro	AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Uso do cinto _____ <input type="checkbox"/> Vítima projetada _____ <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada _____ <input type="checkbox"/> Air Bag _____	VIOLENCIA <input type="checkbox"/> FAB _____ <input type="checkbox"/> FAF _____ <input type="checkbox"/> Espancamento _____ <input type="checkbox"/> Violência Doméstica _____ <input type="checkbox"/> Violência Sexual _____ <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio _____ <input type="checkbox"/> Outro: _____	OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto _____ <input type="checkbox"/> Queda mais de 3 m _____ <input type="checkbox"/> Queda menos de 3 m _____ <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: _____ <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico _____ <input type="checkbox"/> Queimadura Agente _____ <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____																							
AUTOMÓVEL <input checked="" type="checkbox"/> Capotamento <input checked="" type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão _____ <input checked="" type="checkbox"/> Motorista <input checked="" type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input checked="" type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro	AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Uso do cinto _____ <input type="checkbox"/> Vítima projetada _____ <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada _____ <input type="checkbox"/> Air Bag _____	VIOLENCIA <input type="checkbox"/> FAB _____ <input type="checkbox"/> FAF _____ <input type="checkbox"/> Espancamento _____ <input type="checkbox"/> Violência Doméstica _____ <input type="checkbox"/> Violência Sexual _____ <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio _____ <input type="checkbox"/> Outro: _____	OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto _____ <input type="checkbox"/> Queda mais de 3 m _____ <input type="checkbox"/> Queda menos de 3 m _____ <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: _____ <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico _____ <input type="checkbox"/> Queimadura Agente _____ <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____																									
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na natureza)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Outro: <i>SLA</i> </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> Ventilação <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído _____ <input type="checkbox"/> M.V. Ausente _____ <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo _____ <input type="checkbox"/> Maciez _____ <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa _____ <i>RESPIRA</i> </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> AVALIAÇÃO INICIAL <input type="checkbox"/> Bradicárdico _____ <input type="checkbox"/> Taquicárdico _____ <input type="checkbox"/> Arrítmico _____ <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" _____ <input type="checkbox"/> Ausente _____ <i>RESPIRA</i> </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> Circulação <input type="checkbox"/> AVDN _____ <input type="checkbox"/> Moise _____ <input type="checkbox"/> Midriase _____ <input type="checkbox"/> Anisocoria _____ <input type="checkbox"/> Otorréia _____ <input type="checkbox"/> Otorragia _____ <input type="checkbox"/> Rinorrágia _____ <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado _____ <input type="checkbox"/> DNV _____ </td> </tr> </table>		Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Outro: <i>SLA</i>	Ventilação <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído _____ <input type="checkbox"/> M.V. Ausente _____ <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo _____ <input type="checkbox"/> Maciez _____ <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa _____ <i>RESPIRA</i>	AVALIAÇÃO INICIAL <input type="checkbox"/> Bradicárdico _____ <input type="checkbox"/> Taquicárdico _____ <input type="checkbox"/> Arrítmico _____ <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" _____ <input type="checkbox"/> Ausente _____ <i>RESPIRA</i>	Circulação <input type="checkbox"/> AVDN _____ <input type="checkbox"/> Moise _____ <input type="checkbox"/> Midriase _____ <input type="checkbox"/> Anisocoria _____ <input type="checkbox"/> Otorréia _____ <input type="checkbox"/> Otorragia _____ <input type="checkbox"/> Rinorrágia _____ <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado _____ <input type="checkbox"/> DNV _____																						
	Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Outro: <i>SLA</i>	Ventilação <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído _____ <input type="checkbox"/> M.V. Ausente _____ <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo _____ <input type="checkbox"/> Maciez _____ <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa _____ <i>RESPIRA</i>	AVALIAÇÃO INICIAL <input type="checkbox"/> Bradicárdico _____ <input type="checkbox"/> Taquicárdico _____ <input type="checkbox"/> Arrítmico _____ <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" _____ <input type="checkbox"/> Ausente _____ <i>RESPIRA</i>	Circulação <input type="checkbox"/> AVDN _____ <input type="checkbox"/> Moise _____ <input type="checkbox"/> Midriase _____ <input type="checkbox"/> Anisocoria _____ <input type="checkbox"/> Otorréia _____ <input type="checkbox"/> Otorragia _____ <input type="checkbox"/> Rinorrágia _____ <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado _____ <input type="checkbox"/> DNV _____																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; padding: 5px;"> SINAIS VITAIS E ESCORES Hora </td> <td style="width: 10%; padding: 5px;"> P.A mm/hg </td> <td style="width: 10%; padding: 5px;"> F.C bpm </td> <td style="width: 10%; padding: 5px;"> F.R Mpm </td> <td style="width: 10%; padding: 5px;"> Sat O₂ % </td> <td style="width: 10%; padding: 5px;"> T. Aux °C </td> <td style="width: 10%; padding: 5px;"> Glicemia </td> <td style="width: 10%; padding: 5px;"> Trauma </td> <td style="width: 10%; padding: 5px;"> APAGAR </td> </tr> <tr> <td>Inicio</td> <td><i>150</i></td> <td><i>80</i></td> <td><i>22</i></td> <td><i>98,1</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fim</td> <td><i>150</i></td> <td><i>85</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		SINAIS VITAIS E ESCORES Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APAGAR	Inicio	<i>150</i>	<i>80</i>	<i>22</i>	<i>98,1</i>					Fim	<i>150</i>	<i>85</i>						
SINAIS VITAIS E ESCORES Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APAGAR																				
Inicio	<i>150</i>	<i>80</i>	<i>22</i>	<i>98,1</i>																								
Fim	<i>150</i>	<i>85</i>																										
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na natureza)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;"> AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA </td> </tr> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px;"> Pele <input checked="" type="checkbox"/> Corada _____ <input type="checkbox"/> Quente _____ <input type="checkbox"/> Pálida _____ <input type="checkbox"/> Fria _____ <input type="checkbox"/> Úmida _____ <input type="checkbox"/> Seca _____ <input type="checkbox"/> Cianótica _____ </td> <td style="width: 20%; padding: 5px;"> Cabeça <input type="checkbox"/> Confusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriação _____ <input type="checkbox"/> Lacerção _____ <input type="checkbox"/> Hematoma _____ <input type="checkbox"/> Afundamento _____ <input type="checkbox"/> Fer. _____ <input type="checkbox"/> Penetrante _____ <i>RESPIRA</i> </td> <td style="width: 20%; padding: 5px;"> Face <input type="checkbox"/> Confusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerções _____ <input type="checkbox"/> Ferimento ocular _____ </td> <td style="width: 20%; padding: 5px;"> Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerações _____ <input type="checkbox"/> Hematoma _____ <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia _____ <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo _____ <i>RESPIRA</i> </td> <td style="width: 20%; padding: 5px;"> Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerações _____ <input type="checkbox"/> Tórax Instável _____ <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal _____ <input type="checkbox"/> Temporamento _____ <i>RESPIRA</i> </td> <td style="width: 10%; padding: 5px;"> Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerações _____ <input type="checkbox"/> Distendido _____ <input type="checkbox"/> Em tábua _____ <input type="checkbox"/> Doloroso _____ <input type="checkbox"/> Evisceração _____ <i>RESPIRA</i> </td> </tr> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px;"> Pélve <input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input checked="" type="checkbox"/> Dor L-E _____ <input type="checkbox"/> Instabilidade _____ </td> <td style="width: 20%; padding: 5px;"> Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Confusão _____ <input type="checkbox"/> Hematoma _____ <input type="checkbox"/> Dor _____ <i>RESPIRA</i> </td> <td style="width: 20%; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Confusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerções _____ <input type="checkbox"/> Luxações _____ </td> <td style="width: 20%; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Contusão <i>ME</i> _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerções _____ </td> <td style="width: 20%; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Fratura _____ <input type="checkbox"/> Amputação _____ </td> <td style="width: 10%; padding: 5px;"></td> </tr> </table>		AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA					Pele <input checked="" type="checkbox"/> Corada _____ <input type="checkbox"/> Quente _____ <input type="checkbox"/> Pálida _____ <input type="checkbox"/> Fria _____ <input type="checkbox"/> Úmida _____ <input type="checkbox"/> Seca _____ <input type="checkbox"/> Cianótica _____	Cabeça <input type="checkbox"/> Confusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriação _____ <input type="checkbox"/> Lacerção _____ <input type="checkbox"/> Hematoma _____ <input type="checkbox"/> Afundamento _____ <input type="checkbox"/> Fer. _____ <input type="checkbox"/> Penetrante _____ <i>RESPIRA</i>	Face <input type="checkbox"/> Confusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerções _____ <input type="checkbox"/> Ferimento ocular _____	Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerações _____ <input type="checkbox"/> Hematoma _____ <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia _____ <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo _____ <i>RESPIRA</i>	Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerações _____ <input type="checkbox"/> Tórax Instável _____ <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal _____ <input type="checkbox"/> Temporamento _____ <i>RESPIRA</i>	Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerações _____ <input type="checkbox"/> Distendido _____ <input type="checkbox"/> Em tábua _____ <input type="checkbox"/> Doloroso _____ <input type="checkbox"/> Evisceração _____ <i>RESPIRA</i>	Pélve <input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input checked="" type="checkbox"/> Dor L-E _____ <input type="checkbox"/> Instabilidade _____	Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Confusão _____ <input type="checkbox"/> Hematoma _____ <input type="checkbox"/> Dor _____ <i>RESPIRA</i>	<input type="checkbox"/> Confusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerções _____ <input type="checkbox"/> Luxações _____	<input type="checkbox"/> Contusão <i>ME</i> _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerções _____	<input type="checkbox"/> Fratura _____ <input type="checkbox"/> Amputação _____										
	AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA																											
Pele <input checked="" type="checkbox"/> Corada _____ <input type="checkbox"/> Quente _____ <input type="checkbox"/> Pálida _____ <input type="checkbox"/> Fria _____ <input type="checkbox"/> Úmida _____ <input type="checkbox"/> Seca _____ <input type="checkbox"/> Cianótica _____	Cabeça <input type="checkbox"/> Confusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriação _____ <input type="checkbox"/> Lacerção _____ <input type="checkbox"/> Hematoma _____ <input type="checkbox"/> Afundamento _____ <input type="checkbox"/> Fer. _____ <input type="checkbox"/> Penetrante _____ <i>RESPIRA</i>	Face <input type="checkbox"/> Confusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerções _____ <input type="checkbox"/> Ferimento ocular _____	Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerações _____ <input type="checkbox"/> Hematoma _____ <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia _____ <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo _____ <i>RESPIRA</i>	Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerações _____ <input type="checkbox"/> Tórax Instável _____ <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal _____ <input type="checkbox"/> Temporamento _____ <i>RESPIRA</i>	Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerações _____ <input type="checkbox"/> Distendido _____ <input type="checkbox"/> Em tábua _____ <input type="checkbox"/> Doloroso _____ <input type="checkbox"/> Evisceração _____ <i>RESPIRA</i>																							
Pélve <input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input checked="" type="checkbox"/> Dor L-E _____ <input type="checkbox"/> Instabilidade _____	Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Confusão _____ <input type="checkbox"/> Hematoma _____ <input type="checkbox"/> Dor _____ <i>RESPIRA</i>	<input type="checkbox"/> Confusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerções _____ <input type="checkbox"/> Luxações _____	<input type="checkbox"/> Contusão <i>ME</i> _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerções _____	<input type="checkbox"/> Fratura _____ <input type="checkbox"/> Amputação _____																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> AVALIAÇÃO CARDIÁCOS </td> <td colspan="3" style="text-align: center;"> AFECÇÃO CLÍNICA </td> <td colspan="2" style="text-align: center;"> HISTÓRIA PREGRESSA </td> </tr> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia _____ <input type="checkbox"/> Bradicardia _____ <input type="checkbox"/> Fibrilaria _____ </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> Fibrilação atria <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular _____ <input type="checkbox"/> Assistolia _____ </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica _____ <input type="checkbox"/> Psiquiátrica _____ <input type="checkbox"/> Metabólica _____ <input type="checkbox"/> Cardiovascular _____ <input type="checkbox"/> Aborto _____ </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> Digestiva <input type="checkbox"/> Infeciosa _____ <input type="checkbox"/> Obstétrica _____ <input type="checkbox"/> Pediátrica _____ <input type="checkbox"/> Outra _____ <i>trauma</i> </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia _____ <input type="checkbox"/> HAS _____ </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> Alergias <input type="checkbox"/> Outros _____ <i>menos</i> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> GRAVIDADE COMPROVADA <input type="checkbox"/> ILESO <input checked="" type="checkbox"/> SEVERA </td> <td colspan="2" style="text-align: center;"> PEQUENA <input type="checkbox"/> MORTE </td> <td colspan="2" style="text-align: center;"> MÉDIA <input type="checkbox"/> INDETERMINADA </td> <td colspan="2" style="text-align: center;"> OUTRO <input type="checkbox"/> Medicina de uso _____ <i>neg</i> </td> </tr> </table>		AVALIAÇÃO CARDIÁCOS			AFECÇÃO CLÍNICA			HISTÓRIA PREGRESSA		Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia _____ <input type="checkbox"/> Bradicardia _____ <input type="checkbox"/> Fibrilaria _____	Fibrilação atria <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular _____ <input type="checkbox"/> Assistolia _____	Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica _____ <input type="checkbox"/> Psiquiátrica _____ <input type="checkbox"/> Metabólica _____ <input type="checkbox"/> Cardiovascular _____ <input type="checkbox"/> Aborto _____	Digestiva <input type="checkbox"/> Infeciosa _____ <input type="checkbox"/> Obstétrica _____ <input type="checkbox"/> Pediátrica _____ <input type="checkbox"/> Outra _____ <i>trauma</i>	Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia _____ <input type="checkbox"/> HAS _____	Alergias <input type="checkbox"/> Outros _____ <i>menos</i>	GRAVIDADE COMPROVADA <input type="checkbox"/> ILESO <input checked="" type="checkbox"/> SEVERA		PEQUENA <input type="checkbox"/> MORTE		MÉDIA <input type="checkbox"/> INDETERMINADA		OUTRO <input type="checkbox"/> Medicina de uso _____ <i>neg</i>						
AVALIAÇÃO CARDIÁCOS			AFECÇÃO CLÍNICA			HISTÓRIA PREGRESSA																						
Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia _____ <input type="checkbox"/> Bradicardia _____ <input type="checkbox"/> Fibrilaria _____	Fibrilação atria <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular _____ <input type="checkbox"/> Assistolia _____	Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica _____ <input type="checkbox"/> Psiquiátrica _____ <input type="checkbox"/> Metabólica _____ <input type="checkbox"/> Cardiovascular _____ <input type="checkbox"/> Aborto _____	Digestiva <input type="checkbox"/> Infeciosa _____ <input type="checkbox"/> Obstétrica _____ <input type="checkbox"/> Pediátrica _____ <input type="checkbox"/> Outra _____ <i>trauma</i>	Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia _____ <input type="checkbox"/> HAS _____	Alergias <input type="checkbox"/> Outros _____ <i>menos</i>																							
GRAVIDADE COMPROVADA <input type="checkbox"/> ILESO <input checked="" type="checkbox"/> SEVERA		PEQUENA <input type="checkbox"/> MORTE		MÉDIA <input type="checkbox"/> INDETERMINADA		OUTRO <input type="checkbox"/> Medicina de uso _____ <i>neg</i>																						
<i>Dr. Odair M. Vaz</i> <i>Medico</i> <i>Assinatura e CRM</i>		<i>Assinatura e CRM</i> (Unidade de Destino)		ÁREA DE BIMSTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO																								
INCIDENTE	Cancelamento Recusa de Atendimento Não se encontrava no local Recusa de hospitalização Trote Bombeiro no local:		MULTIPLOS MEIOS AÇÃO NADOS		<i>17 MAI 2018</i>																							
			<input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Corpo de Bombeiros <input type="checkbox"/> Outros:																									
RCP	Iniciada as: _____ <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso Obs.:		DADOS PESSOAIS DA VITIMA		GENTE SEGURADORA S/A <i>Av. das Américas, 1000 - Centro - Rio de Janeiro - RJ</i>																							
			<i>Beavilleira</i>																									
DESTINO	Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR Pronto Atendimento Coronel Mota		<input type="checkbox"/> Cosme e Silva <input type="checkbox"/> HCSA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros		<i>CONFIRADO ORIGINAL</i> <i>EM: 11/05/18</i> <i>Stephanie</i>																							

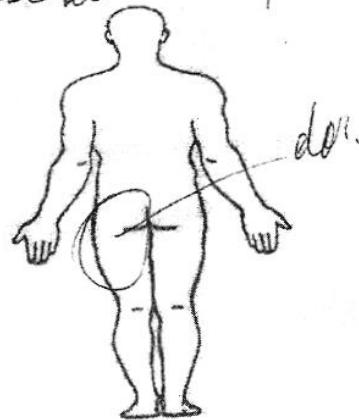
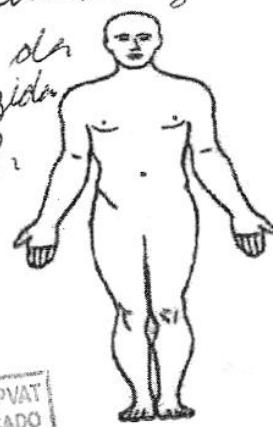
PERFIL DO PACIENTE	Descrição:		
	Nome do Receptor:		
	Função do Receptor:		
	Assinatura do Receptor:		
TEMPO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:		
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____		

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana:	Movimentos fetais:	09 pares de lúpus, 06 ataduras, 1 celas cervical 1 prancha rígida	
Perda de líquido:	BCF:		
<input checked="" type="checkbox"/> Com cartão	<input type="checkbox"/> Sem cartão		

ESCALA DE COMA DE GLASGOW			ESCORE DO TRAUMA	
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala	
	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4 <input checked="" type="checkbox"/>	10 - 24 4 <input checked="" type="checkbox"/>
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3 <input type="checkbox"/>	25 - 35 3 <input type="checkbox"/>
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2 <input type="checkbox"/>	≥ 36 2 <input type="checkbox"/>
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1 <input type="checkbox"/>	01 - 09 1 <input type="checkbox"/>
	Baixaria	Baixaria	5 <input checked="" type="checkbox"/>	0 0 <input type="checkbox"/>
	Confuso	Choro irritado	4 <input type="checkbox"/>	> 90 4 <input checked="" type="checkbox"/>
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3 <input type="checkbox"/>	70 - 89 3 <input type="checkbox"/>
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2 <input type="checkbox"/>	50 - 69 2 <input type="checkbox"/>
	Nenhuma	Nenhuma	1 <input type="checkbox"/>	01 - 49 1 <input type="checkbox"/>
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6 <input checked="" type="checkbox"/>	0 0 <input type="checkbox"/>
	Localiza a dor	Retira ao toque	5 <input checked="" type="checkbox"/>	14 a 15 5 <input checked="" type="checkbox"/>
	Flexão normal	Retira a dor	4 <input type="checkbox"/>	11 a 13 4 <input type="checkbox"/>
	Flexão anormal	Flexão normal	3 <input type="checkbox"/>	8 a 10 3 <input type="checkbox"/>
	Extensão a dor	Flexão anormal	2 <input type="checkbox"/>	5 a 7 2 <input type="checkbox"/>
	Nenhuma	Nenhuma	1 <input type="checkbox"/>	3 a 4 1 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE GLASGOW			Escala de Glasgow	ESCORE DO TRAUMA 13
			Fréquência Respiratória (min/1min)	
			Pressão Sistólica (mmHg)	

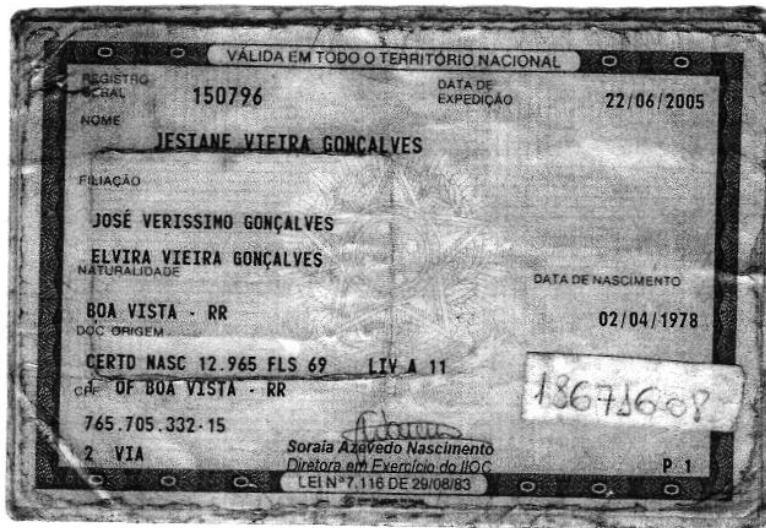
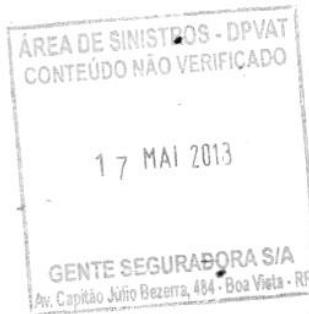
Atéma de sexo feminino, 39 anos, Padeu de moto, Encontrada em
 encosto dorsal, c/o capacete, LOTE, Apresenta dor no n.º 12, na
 altura do Piso, foi imobilizada e colocada em prancha rígida
 entregue a equil da
 SAU, onde foi conduzida
 ao traumtor do HGP.

Heraldo Guedes da Silva
 Técnico de Enfermagem
 COREN-RR 357675



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 MAI 2013
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

COPIA DE CÓPIA ORIGINAL
 EM 11/05/18
 stephanie



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
- CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2013

Eletrobras
Sist. Abastecimento Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO
0076605-4

SEU CÓDIGO
0076605-4

NOTA FISCAL
Nota Fiscal - Cadastral - Poderá ser emitida a Nota Fiscal para o consumidor que realizou o pagamento da fatura. Sobre B1
Nota Fiscal - Cadastral - Poderá ser emitida a Nota Fiscal para o consumidor que realizou o pagamento da fatura. Sobre B1
Nota Fiscal - Cadastral - Poderá ser emitida a Nota Fiscal para o consumidor que realizou o pagamento da fatura. Sobre B1

CONTAMÉS **DATA DE VENCIMENTO**
ABRIL/2018 **11/05/2018**

CONSUMO (kWh) **TOTAL A PAGAR (R\$)**
235 **156,42**

DADOS DA LEITURA (kWh) **DATA DE LEITURA**
9545 16/04/2018
9310 15/03/2018
1,000 16/05/2018
235 13/04/2018
235 FCAM 16/04/2018

ROT: 29.001.22.10.040400

DADOS DA UNIDADE DE CONSUMIDOR
RESIDENCIAL **BI** **14EDB06073M 1522966 1.1.1.2** **237**

HISTÓRICO kWh **DESCRIÇÃO DA CONTA**
MAR/18 248 CONSUMO 235 A R\$ 0,558811 = 131,32
FEV/18 249 ILUMINACAO PUBLICA 25,10
JAN/18 231
DEZ/17 230
NOV/17 253
OUT/17 285
SET/17 222
AGO/17 240
JUL/17 225
JUN/17 205
TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 H 235 - 0,456770

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2013

GENTE SEGURADORA S/A
Capitão Júlio Bezerra, 424 - Boa Vista - RR

AVISOS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
Mes/Ano **Valor R\$** Unidade consumidora sujeita a suspenção do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/05/2018, em função das contas reavisadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERNAME. Informamos ainda existirão(m) conta(s) vencida(s) e/ou reavizada(s) no valor de R\$ 297,00 (valor histórico), caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

22F6.7E8B.1EAD.1D44.7D34.2E09.D9F5.CC14

COMPOSIÇÃO DA CONTA		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Consumo	40,27	Imp. de Cálculo	131,32
Enegon	64,41	Alíquota ICMS	17,00%
Transf. de	0,00	Alíquota IPI	22,32
Imp. de	2,68	Valores PIS	0,28
Imp. de	23,96	Valores Cofins	1,36

INDICADORES DE CONTINUIDADE

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0,00 0,00 0,00

ROT: 29.001.22.10.040400 **02/2018** **0,00**

SEU CÓDIGO
0076605-4

TOTAL A PAGAR (R\$)
156,42

MÉTODOS DE PAGAMENTO
04/2018 **11/05/2018**

000584604 FCAM

83690000001 6 56420075000 3 0000000076 0 60540418008 1

SEQ.: 00168 UC: 0076605-4 DT.LEIT.: 16/04/2018 T.ENTR.: 07

LEITURA: 9545 NORMAL TOTAL

Jânia Helena
(95) 99139-8405