

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIELE SIQUEIRA CARVALHO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00522-3

CONTA: 000000018050-5

Nr. Autenticação

BRADESCO3101201905000000000023700522000000018050236250 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180549040 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIELE SIQUEIRA CARVALHO **Data do acidente:** 08/03/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/01/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
Sequelas: Com sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
Documentos complementares:
Observações:

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180549040

Vítima: ADRIELE SIQUEIRA CARVALHO

Data do Acidente: 08/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIELE SIQUEIRA CARVALHO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ADRIELE SIQUEIRA CARVALHO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 00000522-3

Conta: 0000018050-5

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PAAR

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



Visto por

PAAR
69.103

NOTURNO 19

24

1800918696 08/03/2018 22:43:32

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente **ADRIELE SIQUEIRA CARVALHO**
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE
Mão **F** **SOLTEIRO (APARDA)** **BOA VISTA - RR** **BRASILEIRA**
Endereço **PRISCILLA SALES SIQUEIRA**
RUA - RIO CLARO - 514 - BELA VISTA - BOA VISTA - RR
CPF 07 705800480810433
Contato (95) 99171-0037
Ocupação

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
ACIDENTE DE MOTO **URGÊNCIA**
Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:
GRANDE TRAUMA **SAMU CAPITAL** **LEANDRO**
Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GSC
AO: 12 34 RV: 12 34 56 MRV: 12 34 56 TOTAL 15

Acidente de moto

ABD: plano, PHAO, flácido + s/perturbante.

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Baptista (11, Boa Vista, RR)



Fx. fíbula/tibia @? + Enxerto.

SADT - Exames Complementares

☒ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ EC ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

① Dmiana 1g @v
② Telotif 2mg @v
③ AUP

23:06

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Ricardo G. Dantas
Téc. Enfermagem
COREN-RR 928064

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revolta
☐ Transferência para: *oncoron*
☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: leandro
Data Hora: 08/03/2018 22:49:14

Dr. Lucas Duarte
MÉDICO
CRM-RR 1787



RPA

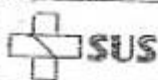
0.35hrs

Ortopedia e Traumatologia

Paciente ♀ de 18 anos de idade, vítima de
fratura torácica e fratura distal por acidente de
travessia (Motocicleta) hoje
Elf Entumescido: dor + limitação de movimento (E)
H.1.7 Fr. torácica e fratura (E)
Rx Fr. distal torácica + fratura (E)
Lesões: hematomas + malgama + lacerações.

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1851/RR



Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

H-G-R

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Ariete Siqueira Barbalho

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

163308

9 - SEXO

F

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71051810141810811041313

8 - DATA DE NASCIMENTO

31/07/95

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Pamella Sales Siqueira

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Rio Clara, 514, Bela Vista

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bela Vista

14 - Cód. IDGE Município

15 - UF

16 - CEP

RN

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

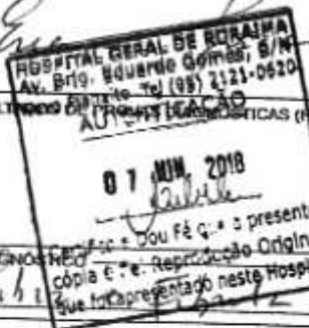
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente F de 18 anos de idade, vítima de fratura lateral e fratura (E) proximal de humero em mola (capota) hoje.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

- Exame + Rx + História Clínica.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2018

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

fratura lateral e fratura (E) proximal de humero em mola (capota)

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

GENTE SEGURADORA S/A

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Patrícia Rabelo

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

09/03/18

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

Dr. Odineci OKENF

Médico Residente

Ortopedia e Traumatologia

CRM 1851/RR

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

40 - CNIE DA EMPRESA

41 - CBOE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital de Especialidades do Hospital de Base

Internação no Bloco

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR

H-G-R

QUARTO

LEITO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2018

GEI SEGURADORA S/A
Rua Caspary, 444 - Boa Vista - RR

Nº DE REGISTRO

NOME DO PACIENTE

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

Thiele Siqueira Carvalho

Altera A.A.S., Maga Gestação

DATA / HORA

09/03/18

00:40hrs

PRESCRIÇÃO

1) Intensa no bloco

2) Dieta livre

3) Repetir 1g E.V de 06/06/18

4) Fenotiazina 10mg E.V 01x ao dia (suspenso 11)

5) clonazepam 01mg E.V 8hr

6) Albuterol 01 amp E.V 8hr

7) A.V.P.

8) S.E.V.V

9) clonazepam 5mg + 0.9% E.V ou 01 comp V.O 8hr se obs Intenso SV

SEMPRE HORÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO

06 12 18

SV

SV

SV

SV

05:30h de exame mental
P: 74 bpm T: 35°C **Jessica A. Vieira**
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 462

Dr Odionachi Okami
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM

Obs: Repete algia em

movimento passivo.

3º item (5) ventral

presença **Jessica A. Vieira**
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 462 776 TE

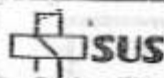
Adrieli Siqueira Carvalho

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE	Adrieli Siqueira Carvalho						
DIAGNÓSTICO	Fratura de osso de punho.						
ALERGIAS	HAS		DM				
IDADE	18		LEITO		DATA		04/03/18
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						SNV
2	SF 0,9% 500 ML EV 12/12 horas						12 24
5	DIPIRONA 1G EV 6/6 HORAS SN						SNV
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS SE DOR INTENSA						SNV
7	SSVV+CCGG 6/6 horas						12 18 24 06
8	CURATIVO DIÁRIO						
11	Refatol 1g 4x 6 horas						12 18 24 06
12							
13							
14							
15							
16							
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.							
EVOLUÇÃO MÉDICA:							
Paciente operado com fratura de osso de punho.							
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO							
PA		FC		FR 05:51		TEMP	
SINAIS VITAIS							
6 H							
12 H							
18 H							
24 H							

Stm colada sangue r/axons
e Carcinomato do lobo de boca

BLOCO D

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

3 - TIPOLOGIA DO PACIENTE

4 - NOME DO PACIENTE

Adrielle Siqueira Carvalho

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 5 8 0 0 4 8 0 8 4 0 4 3 3

6 - DATA DE NASCIMENTO

31 / 03 / 99

7 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Adrielle Siqueira

8 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Do Cloro 514 Bela Vista

9 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

130

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

R 12

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fratura de tíbia

18 - CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

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

Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura de tíbia

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteossíntese de tíbia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

Osteopédica eletiva

() CNS () CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Vitor Paracat

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

23 / 03 / 18

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - AGENTE DE TRABALHO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

35 - NOME DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CHAVE DA EMPRESA

41 - CBOB

36 - NOME DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

24 / 3 / 18

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

0908050500
5822
W499

BOLETIM OPERATÓRIO

Adrielle Siqueira Carvalho

Data: 13/03/18

O.S. _____

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 OUT 2018

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

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de tíbia
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Osteossíntese de fratura de tíbia
TIPO DE INTERVENÇÃO: cirúrgica
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: 0
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Fratura de tíbia

CIRURGIÃO: Vitor Paracatt 1º AUXILIAR: Patrick
2º AUXILIAR: Victor (interno) INSTRUMENTADORA: Nilsona
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: Ana Paula ANESTÉSICO: _____
INURTC: _____ TUB. _____ ULTRASSOM: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DDH sob plano anestésico
- 2) Assepsia + antisepsia
- 3) Incisão em tíbia esquerda
- 4) LMC exaustiva
- 5) Redução sob visão direta
- 6) Bloqueio com DCP
- 7) Fixação com 5 parafusos corticais n° 24 e 3 n° 22
- 8) Controle radiológico
- 9) LMC exaustivo
- 10) Sutura por planos

Patrick Rabelo José
Ortopedista e Traumatologista
CRM RJ 1383 RQE 107

Vitor Paracatt
Ortopedista e Traumatologista
CRM RJ 1385 RQE 010

Adriela Siqueira Carvalho, 18 anos

23/03/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Fentanyl 100 mcg + N₂O 40% + O₂ 60%

Gebpedia

2020

21-20

A. F. I. J. E. S.		10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200	210	220	230	240	250	260	270	280	290	300	310	320	330	340	350	360	370	380	390	400	410	420	430	440	450	460	470	480	490	500	510	520	530	540	550	560	570	580	590	600	610	620	630	640	650	660	670	680	690	700	710	720	730	740	750	760	770	780	790	800	810	820	830	840	850	860	870	880	890	900	910	920	930	940	950	960	970	980	990	1000
DA	°C	240																																																																																																			
X		220																																																																																																			
USO		200																																																																																																			
O		180																																																																																																			
ES		160																																																																																																			
X		140																																																																																																			
GP		120																																																																																																			
O		100																																																																																																			
ASPR.		80																																																																																																			
A		60																																																																																																			
RESP		40																																																																																																			
O		20																																																																																																			
Grat		0																																																																																																			
Amal																																																																																																					
Conte																																																																																																					

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Neoclidina 0,5% p. 15mg			1) Checagem de gases, dióxido e equipamentos
B Cefalotina 1g		BSA + sedação	2) ECG + SpO2 + PNI
C Tenoxicam 20mg			3) Ruídos de ventilação MSE
D Opiorena 2g			4) O2 no cateter nasal
E Midazolam 3mg			
F			
G			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cérebro - Mão / Oro Faringe	
HCO3		Mão / Orelha - Diga	
SANGUE		Est - Temp - Coluna da Taba	
		Sub Músculo	
		Difundido Tímido	
		maus	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL			
OPERAÇÃO	Osteotomia de fratura de tíbia E		Análise - Exame - Exame Soro Exame - Exame - Exame "Baking" - Vento
ANESTESIA	CÓDIGO	CAUSAS	Hemorragia - Análise Grau Tolerância - C
Ana Paula		Dire P + Patrícia	

Area Desk Phone
Mailing Address
CNR 1408

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 OCT 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazerra, 484 - Boa Vista - RJ

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE (18 anos) <i>Adrielle Siqueira Camalho</i>		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA 23/03/18
CIRURGIA				
TIPO <i>Osteomíte Tibial (E)</i>		TEMPO DE DURAÇÃO		
		INICIO 20:40	FIM 21:20	TEMPO TOTAL
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO	<i>Vitor Paracat</i>		ANESTESISTA:	<i>Joa Paula</i>
1º AUXILIAR	<i>Patrick</i>		RES. ANESTESIA:	
2º AUXILIAR			INSTRUMENTADOR	
TIPO DE ANESTESIA: <i>Raque</i>		CIRCULANTE <i>Maílludio + Pláudio</i>		
		TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml
1	PACOTES GAZE		1	<i>enclôme 21/min</i> FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 2.0
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	<i>(para 1)</i>		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
	LÂMINA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº
	SERINGA 01ML			SURGICEL
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO
1	SERINGA 05 ML			KIT CATAPATA Nº
1	SERINGA 10ML		3	GEFOAM <i>exova p/ degumaco</i>
1	SERINGA 20ML		5	FITA CARDIACA <i>elctrodo</i>
1	<i>agulha p/ raque</i>		1	OUTROS: <i>cateter O2</i>
			1	<i>catadura crepom 20</i>
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	<i>Alene</i>	SUB-TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		SOM		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

08 OUT 2018

ESAU



SAL - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

JOS PRECATORIO

23.03.18

18

Nome: Adrielle Siqueira Cavallero

Idade: 30
Sexo: F
Profissão: Enfermeira

Alimentação: Normal
Medicamentos: Antibiótico
Exames: Exame físico

Estado físico: Bom
Exames: Exame físico

Exames: Exame físico

Exames: Exame físico

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Término Anestesia
20:05	20:40	20:40		
Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento		
Med. anestésico	Antibiótico	Hemodinâmico		
SF a 15%	Nome:	CHI:		
SG a 15%	Dose:	Plasma:		
Outros:		Plaquetas:		
Nº de compressas oferecidas:		Antidoto para yfco:		
Nº de compressas recolhidas:		() Não		
Sint. vital:		() Sim		
T: <u>36,5</u> °C		Nº pacotes:		
SAT: <u>99</u> %		() Cultura		
FC: <u>61</u> bpm		() Outros:		
PA: <u>120/80</u> mmHg				
Exame na SO: () HT () HB () Hemograma () Rolo X				
() Outros:				

Legend:

1. Eletrodos
2. Otimismo
3. PVC
4. Fluido de Distúrio
5. Indicação
6. Catece
7. Verificação
8. Dr. de
9. SNG
10. Falha de Sngch
11. Outros:

Entrada	HV	CH	SNG	Dreno	Duressa	SNG	Outros
20:05							
20:40							
21:00							
21:30							
22:00							
22:30							
23:00							
23:30							
24:00							
24:30							
25:00							
25:30							
26:00							
26:30							
27:00							
27:30							
28:00							
28:30							
29:00							
29:30							
30:00							
30:30							
31:00							
31:30							
32:00							
32:30							
33:00							
33:30							
34:00							
34:30							
35:00							
35:30							
36:00							
36:30							
37:00							
37:30							
38:00							
38:30							
39:00							
39:30							
40:00							
40:30							
41:00							
41:30							
42:00							
42:30							
43:00							
43:30							
44:00							
44:30							
45:00							
45:30							
46:00							
46:30							
47:00							
47:30							
48:00							
48:30							
49:00							
49:30							
50:00							
50:30							
51:00							
51:30							
52:00							
52:30							
53:00							
53:30							
54:00							
54:30							
55:00							
55:30							
56:00							
56:30							
57:00							
57:30							
58:00							
58:30							
59:00							
59:30							
60:00							

Instrumento elaborado na Sala de Preparação de Instrumentos

Ass: Adrielle Siqueira Cavallero

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA REVISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Paciente: Adrielle Siqueira Cavaleiro
Idade: 47 anos
Sexo: F
Profissão: Costureira

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: (Sala Pré-Anestésica)

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

Anestesiista: Paulo

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente e ☒ Sítio cirúrgico ☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS E PREVENÇÕES:

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

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

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica ☒ Sim, Quant: aproximadamente 1 Hora: 1

AS IMAGENS ESSENCIAIS E, TÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim ☐ Não se aplica

ÁREA DE SINISTRO DO DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Cadeão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

☒ XIMEN (C) DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☐ Não ☒ Sim, Quant: ASS

QUANTIDADE DE FLUIDOS DE A 3ª FRAÇÃO

☐ Não ☒ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

QUANTIDADE DE SANGÜINEA > 500 ml

☒ Não ☐ Sim, e uso adequado de equipamento e planejamento para fluidos

Em: 23.09.18

Paulo
Assinatura

Por: 20:30

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE IMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARÃO VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO ☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

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

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

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

Alina J.S. Oliveira
Assinatura

Assinatura e Carimbo

410
3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	22/03/2018	DN	31/07/1999
PACIENTE: ADRIELE SIQUEIRA CARVALHO					
AGNÓSTICO: FRATURA DE TÍBIA ESQ					
ALERGIAS:					
IDADE	18 ANOS	HAS		DM2	
LEITO	410-3	DATA	23/03/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL ZERO ATÉ RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA				
2	ACESSO VENOSO SALINIZADO				
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6 HORAS				
4	TRAMADOL 100MG 20 gotas vo 8/8 horas SE DOR INTENSA				
5	TILATIL 40 MG EV 1X DIA				
6	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6 HORAS				
7	INSULINA NPH 30 UI SC MANHÃ (6H) E 12 UI SC NOITE (22H)				
8	INSULINA REGULAR 4 UI (11H) E 4 UI SC (20H)				
9	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHÃ				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
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					

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO: PRÉ OPERATÓRIO OK

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: 23/3/18

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	100/60	87	20	36,4
18 H	95x57	65	-	36,4
24 H				

Dr. Thiago Muniz
CRM/RR 2009
Médico Residente de Ortopedia e Traumatologia



*Obs: Itens nº 7 e 8 NÃO foram adm. por que a paciente informa NÃO SER DIABÉTICA (??).
Em 13/03/18 adm medicação conforme presc. medicação + SSVV.*

Dr. Thiago Muniz
Dr. P. Colares
 COREN-RR 104190

Ana Maria S. Macedo
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-RR 000.411.834

Alencar ASS

PRESCRIÇÃO DÓRMI

UNIDADE / DT

NOME DO PAC

PRESCRIÇÃO

DATA / HORA

QUANTO

LITRO

410-3

Nº DE LITRO

ADRIEL SIQUEIRA CARVALHO

PRESCRIÇÃO

RELATÓRIO DE ENTREVISTA

HORARIO

OBSERVAÇÃO

23032023 0101 LULU

01 SE 09:15. ERE.M. 616 h003 SV

03 CELESTINA T. E. 616 h001

04 GENITRINICIA R. M. 816 h001 EV

05 PINOZA T. 616 h003

06 TANAL TONG S. NECELINE E. SN 06

07 SINAL VIMAI

08 LUIZANI GENAI

15.08.2023

16.08.2023

17.08.2023

18.08.2023

19.08.2023

20.08.2023

21.08.2023

22.08.2023

23.30h Posição CC.

Relatório de observação

de Tênis e 1/4 Ludo

relatório. Sou planta. Seg

ao cuidar do

exibe. (muito)

ÁREA DE SINISTROS - OPVAF
CONTENDO NÃO VERIFICADO
08/OUT/2023
GESTE SEGUADORA S/A
de Capão João, Rua 444 - São João - RR

Patricia Daboli José
Estimada e premiada
CRM/RR 1500-105

PA 90 x 56

FC 86

T 36.20C



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SU
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Adrieli Siqueira Cavallho 18 ANO
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 27/10/2018, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura de tíbia (B)

NO DIA 28/10/2018, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteossíntese de Fx em tíbia SENDO

OPERADO PELO DR. Vitor Paracat E DR. Satruck Rebelo

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 29/10/2018 ÀS 16:00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 28/10/2018, ÀS 7:00h, COM
DR. Dr. Vitor Paracat

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08-OUT-2018

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- AGENDAR RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

Dr. Thiago Muniz
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2009

35/ENICO

RUA VISTA 74 - 03/18

410-3

GOVERNO DE RORAIMA						SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA	
						SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		22/03/2018		DN 31/07/1999	
PACIENTE ADRIELE SIQUEIRA CARVALHO							
AGNÓSTICO FRATURA DE TÍBIA ESQ							
ALERGIAS		HAS		DM2		NEGA	
IDADE		LEITO		410-3		DATA 24/03/2018	
ITEM		PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE					
2		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML EV DE 8/8 HORAS					14
3		CEFALOTINA 1G EV DE 6/6 HORAS					22
4		TRAMADOL 100MG 20 gotas vo 8/8 horas SE DOR INTENSA					24
5		TILATIL 40 MG EV 1X DIA					SN
6		DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6 HORAS					16
9		OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA					24
0		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					06
11		SSV + CCGG 6/6 H					SN
							Retorno
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							

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO: PRÉ OPERATÓRIO OK
 # CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: 23/3/18
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

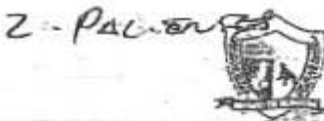
SINAIS V	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	30/60	82	19	36,2
18 H				
24 H				

Dr. Thiago Muniz
CRM/RR 2009
Médico Residente de Ortopedia e Traumatologia

~~17h - Recebe Alta~~

enf Janet
019035622

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Rua Júlio Bressane, 484 - Boa Vista - RR



FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: BRAVO 5 EQUIPE: TE TAYANA, UNILTON MACHADO

Paciente: ADRIELE SIQUEIRA CARVALHO Idade: 18 Sexo: ☒ M ☐ F

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

Endereço: AV. TAYANA LINS - CONTINHO

Ponto de referência: PR. DO SAS

CHAMADA

Nº da Ocorrência: 4121 DATA: 08/03/18 ACIONAMENTO: 22:02

Médico (a) Regulador (a): ELADIO HORA CHEGADA NO LOCAL (HH): 22:04

MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ APOIO

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL	MOTO/BICICLETA	VIOLÊNCIA	OUTROS
☒ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão X ☐ Motorista ☐ Passageiro Dianteiro ☐ Passageiro Traseiro	☐ Uso do cinto ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Última projetada ☐ Vítila encarcerada ☐ Air Bag ☐ Acidente com moto X ☐ Queda de moto ☐ Bicicleta ☐ queda de Bicicleta	☐ Agressão Física ☐ Espancamento ☐ FAB ☐ FAF ☐ Tentativa de suicídio ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual	☐ Acidente de Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Alt. Aprox.: ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ anim ☐ Outros:

Vias Aéreas

Abolida	Circulação	Aval. Neurológica
☐ Apnéia ☐ Bradipnéia ☐ Dispnéia ☒ Eupnéia ☐ Obstruída ☐ Resp. Ruidosa ☐ Taquipnéia	☐ Arritmico ☐ Ausente ☐ Bradicardia ☐ Enchimento capilar > 2s ☐ Taquicardia	☒ AVDN ☐ DNV ☐ Miase ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Alcoolizado

05 SET 2018

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A. mmHg	F.C bpm	Temp. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR
Início <u>22:21</u>	<u>120/80</u>	<u>75</u>	<u>36,0</u>	<u>10</u>	<u>—</u>	<u>—</u>
Fim <u>22:41</u>	<u>120/80</u>	<u>75</u>	<u>36,1</u>	<u>10</u>	<u>—</u>	<u>—</u>

AValiação Secundária

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
☐ Cianótica ☐ Corada ☒ Fria ☐ Pálida ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca	☐ Alundamento ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Fer. Penetrante ☐ Hematoma ☐ Laceração	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ☐ ocular	☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo ☐ Escoriações ☐ Hematoma ☐ Lacerações	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento ☐ Tórax instável	☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Em tábua ☐ Escoriações ☐ Evisceração ☐ Lacerações

Pelve

Coluna Dorsal	Membros
☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações

AValiação Cardíaca

Afeção Clínica	História PEGRESSA
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filiter	☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assistolia

GRAVIDADE COMPROVADA

Cardiovascular	Aborto	Medicações em uso
☐ Cardiovascular ☐ Metabólica ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Respiratória	☐ Digestiva ☐ Infeciosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica	☐ Alergias ☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ HAS ☐ Sequela AVC

ILESO ☐ PEQUENA ☒ MÉDIA ☐ ÓBITO ☐ INDETERMINADA

INCIDENTE

Cancelamento	Recusa de Atendimento	MULTIPLAS MEIOS ACIONADOS
☐ Não se encontrava no local ☐ Trote	☐ Recusa de hospitalização ☐ Bombeiro no local	☒ Polícia Militar ☐ SMTRAN ☐ PRF ☐ Guarda Municipal ☐ Bombeiro ☐ DETRAN

RCP

Iniciada as:	RCP com sucesso	RCP Não realizado
☐ Término as:	☐ RCP sem sucesso	OBS:

DESTINO

Atendido no local	Grande Trauma - GT	Pol. Cosme e Silva - PCCS	Hosp. das Virgens - HCR
☐ Pronto Atendimento - PAAR	☒ Hosp. Coronel Mota - HCM	☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA	☐ Hosp. Lott - HL

Assinatura e Carimbo Médico e Enfermeiro (Unidade de Destino)

Dr. Lucas Duarte
MÉDICO
CRM 1787

CIEPA ENTPE
CE
DO

TERMO DENT
RECUSA E

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

G p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

Perda de líquido: _____ BCF: _____

[] Com cartão [] Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

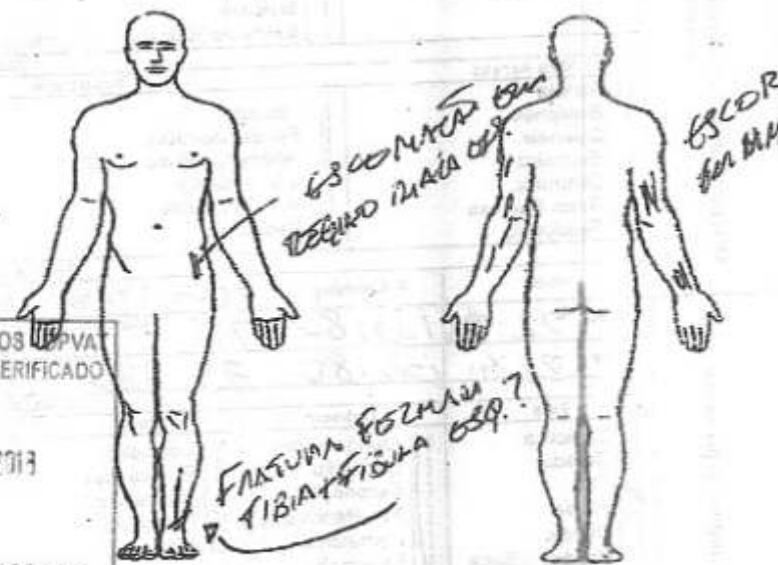
01- Colar cervical 06-Paras
01- Prancha rígida
10- Bandagens
02- Tala moldável
01- SF.09/150002 2/11/2010

Alerta Grosseiro (A):	Esponânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Seu resposta	1 ponto
Melhor Resposta Motora (M):	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	4 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (desarticulação)	3 pontos
	Extensão (desarticulação)	2 pontos
	Seu resposta (flacidez)	1 ponto
Resposta Verbal (V):	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sens incoerentes	2 pontos
	Seu resposta	1 ponto
TOTAL DE PONTOS		15



05 SET 2013

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RS



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Paciente sofreu colisão por uma motocicleta, vítima com fraturas múltiplas de membros inferiores, uma de abdômen e dor no pescoço. Com o diagnóstico de fratura de fêmur, tibia e fibula do membro inferior direito em aberto. Foi imobilizado com tala e gesso. Paciente está estável, sendo o GSV 192.

CONFIRMADO ORIGINAL

Assinatura do profissional

21/08/18

Assinatura do profissional

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

050.900.002-98

Nome completo da vítima

ADRIELE SIQUEIRA CARVALHO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ADRIELE SIQUEIRA CARVALHO		CPF titular da conta 050.900.002-98		Profissão ESTUDANTE	
Endereço RUA RIO CLARO		Número 514		Complemento	
Bairro SARDIM BEA VISTA	Cidade BOA VISTA	Estado RR		CEP 69.316-104	
Email gilvanoficial@hotmail.com				Telefone (DDD) 95199146-0918	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR		☐ SEM RENDA		☐ ATÉ R\$ 1.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome BRADESCO		NRO 237		BANCO Nome BRADESCO		NRO 237	
AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	
522		18050		522		18050	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

BOA VISTA, 17 de AGOSTO de 2018
Local e Data

Adrielle Siqueira Carvalho
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2018

Salvina
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Baserra, 448 - Boa Vista - RR



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 027350/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/07/2018 09:53 Data/Hora Fim: 03/07/2018 10:04
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 08/03/2018 20:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Avenida Terencio Lima

Tipo do Local: Via Pública

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2018

Bairro: Centro

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

Natureza

Meio(s) Empregado(s)

1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 - Caput - Veículo da LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)

ENVOLVIDO(S)

Nome: ADRIELE SIQUEIRA CARVALHO (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Feminino Nasc: 31/07/1999
Profissão: Estudante
Estado Civil: Solteiro(a)
Raça/Cor: Branca
Nome da Mãe: Priscilla Sales Siqueira Nome do Pai: Arlindo Teixeira Carvalho

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 4709705
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 050.900.002-98

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Rio Claro
Bairro: Bela Vista
Telefone: (95) 99140-9463 (Celular)

Nº 514

Nome: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que caminhava pela Avenida Terencio Lima, quando ao tentar atravessar, foi atropelada por uma motocicleta, cujas características não sabe informar, nem tão pouco a placa da mesma. Que a motocicleta estava em alta velocidade. Que o condutor da motocicleta chegou a cair, mas levantou-se e evadiu-se do local. Que foi socorrida pelo SAMU e levada ao PSE. Era o relato.

ASSINATURAS

Enco Wallace Bessa Rocha
Responsável pelo Atendimento

Adrieli Siqueira Carvalho
Adrieli Siqueira Carvalho
(Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou civilmente responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração, ou de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

