

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

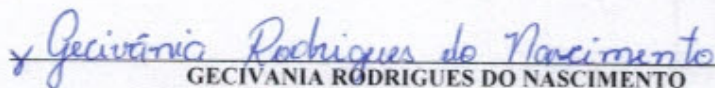
PROCURAÇÃO

Outorgante: GECIVÂNIA RODRIGUES DO NASCIMENTO Brasileira, solteira, do lar, portador (a) da cédula de identidade nº 372223-6 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 008.566.262-36 residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Jacinto Jose de Santana nº 359 Bairro: Caranã, CEP: 69.313-572. Tel: (95) 99159-0582 E-mail: adrianomagave256@gmail.com.

Outorgado: Bel. MARLON TAVARES DANTAS, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 1832, com endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) 99129-6312/98108-7779, onde deverá receber intimações.

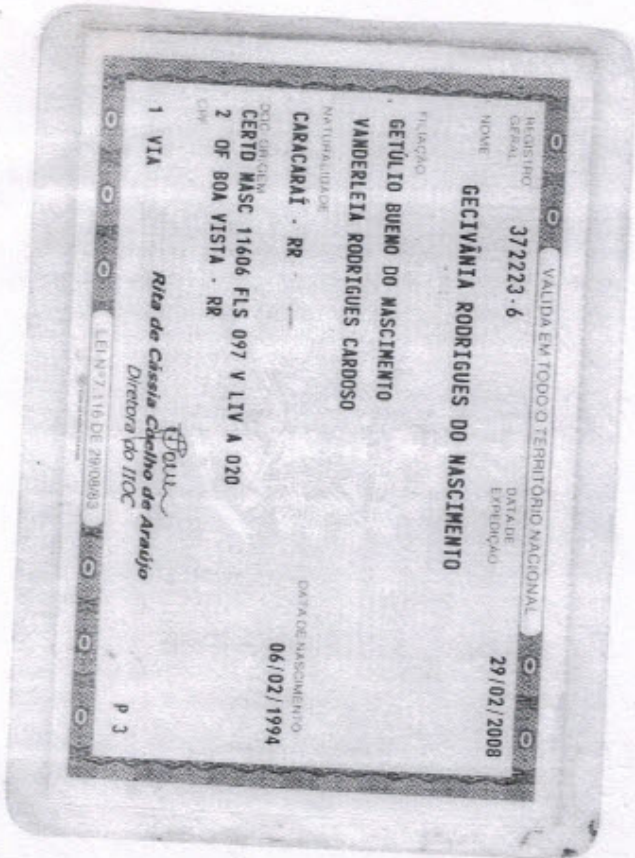
Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “ad judícia”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até o final da liquidação de sentença, sendo que a título de honorários advocatícios pagarei ao advogado a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor bruto do resultado da demanda, exclusivamente em caso de êxito da ação, dando à presente o carácter de contrato de honorários.

Boa Vista/RR, 25 / 09 / 19.


GECIVANIA RODRIGUES DO NASCIMENTO



POLEGAR DIREITO



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

GECIVÂNIA RODRIGUES DO NASCIMENTO Brasileira, solteira, do lar, portador (a) da cédula de identidade nº 372223-6 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 008.566.262-36 residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Jacinto Jose de Santana nº 359 Bairro: Caranã, CEP: 69.313-572.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 25 / 09 / 19.

Gecivânia Rodrigues do Nascimento
GECIVANIA RODRIGUES DO NASCIMENTO

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 2419130

JOSE AIRTON DE AGUIAR

R. ALMERINDO SANTOS, 1915, 2

BURITIS

69309190 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
856010	02/2019	25-JAN-19 a 22-FEB-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
158	06-APR-19	R\$ 154,26

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
856010	02/2019	R\$ 154,26

836000000015.542600750005.000000000851.601002190051



ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

GECIVÂNIA RODRIGUES DO NASCIMENTO Brasileira, solteira, do lar, portador (a) da cédula de identidade nº 372223-6 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 008.566.262-36 residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Jacinto Jose de Santana nº 359 Bairro: Caranã, CEP: 69.313-572.

DECLARO 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, 25/09/19.

Gecivânia Rodrigues do Nascimento
GECIVANIA RODRIGUES DO NASCIMENTO



Ass. do Funcionário

[illegible]

Com. Dispensa CD n°

Com. Dispensa CD n°



BRADESCO

COMPROVANTE DE RECIBO DE RETIRADA INSS

DATA: 04/07/2019

BENEFICIARIO: CECIVANIA R DO NASCIMENTO

NB: 626242765-5 NIT: 0000000000-0

AGENCIA: 2084-2 RAZAO:18-79 CONTA:0863354-1

VALOR DA RETIRADA: 432,46

Alo Bradesco

SAC - Serviço de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamações e Informações
0800 704 8383

Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira
das 8h as 18h exceto feriados.



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



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

COMUNICANTE: GECIVANIA RODRIGUES DO NASCIMENTO

RG: 372223-6

O. EXP.: SSP/RR

CPF: 00856626236

ENDEREÇO: RUA – ADOLFO COTRIM NETO, 97

BAIRRO: NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO

CIDADE: CARACARAÍ

SEXO: FEMININO

PROFISSÃO: DOMESTICA

NATURALIDADE: CARACARAÍ

ESTADO: RR

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

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA

TELEFONE: 99140-6971

Nº REG. CNH: NÃO POSSUÍ

NOME DO PAI: GETÚLIO BUENO DO NASCIMENTO

NOME DA MÃE: VANDERLEIA RODRIGUES CARDOSO

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

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

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO CORPORAL
OBSERVAÇÃO:

Gecivania R. do Nascimento
GECIVANIA RODRIGUES DO NASCIMENTO

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT

MAR 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

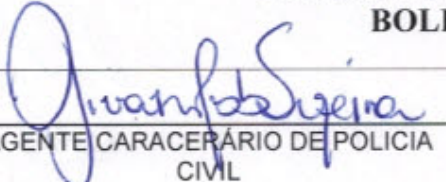
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUN 2019

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

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



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



SAMU 192

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192**

FICHA DE ATENDIMENTO

Unidade: SAMU V Equipe: Suzanne e Thomas

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

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

Endereço: Humor do Agua Boa

Ponto de referência: _____

Nº _____ DATA 18/12/2018 HORA DO ACIONAMENTO: 13:21

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

MOTIVO: ☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ OUTRO _____

MECANISMO DE TRAUMA:

AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLENCIA	OUTROS
☐ Capotamento	☐ Uso do cinto	☐ FAB	☐ Ac. De Trabalho ☐ Local
☐ Atropelamento	☐ Vítilma projetada	☐ Espancamento	☐ Trajeto
☐ Colisão	☐ Vítilma encarcerada	☐ Violência Doméstica	☐ Queda, Altura aprox.: _____
☐ Motorista	☐ Air Bag	☐ Violência Sexual	☐ Acidente Doméstica
☐ Passageiro Banco dianteiro	☒ MOTO/BICICLETA	☐ Tentativa de suicídio	☐ Queimadura Agente
☐ Passageiro Banco traseiro	☒ Acidente com moto X <u>moto</u>	☐ Outro: _____	☐ Agressão p/ animal
	☐ Queda de moto		☐ Outros: _____
	☐ Bicicleta		
	☐ queda de Bicicleta		
	☐ Com capacete		
	☐ Sem capacete		
	☐ condutor		
	☐ passageiro		

AVILIAÇÃO INICIAL

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
☐ Dispneia ☐ Bradipnéia	☐ M.V. Diminuído	☐ Bradicardia	☐ AVDN
☐ Taquipnéia	☐ M.V. Ausente	☐ Taquicardia	☐ Mioses ☐ Midríase ☐ Anisocoria
☐ Resp. Ruidosa	☐ Hipertimpanismo	☐ Arritmico	☐ Otorrécia
☐ Obstrução	☐ Maciez	☐ Enchimento capilar acima de 2"	☐ Otorrágia
☐ Apnéia	☐ Ferida Aspirativa	☐ Ausente (Assistolia)	☐ Rinorragia
☐ Eupnéico			☐ Apnéria alcoólica

SINAIS VITAIS E ESCORES

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

AVILIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pole	Cabeça	Faca	Pescoco	Tórax	Abdom
☐ Corada	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Escoriações
☐ Quente	☐ Escoriação	☐ Escoriações	☐ Lacerações	☐ Lacerações	☐ Lacerações
☐ Pálida	☐ Laceração	☐ Lacerações	☐ Hematoma	☐ Tórax Instável	☐ Distensão
☐ Fria	☐ Hematoma	☐ Ferimento ocular	☐ Desvio da traquéia	☐ Resp. paradoxal	☐ Em tábua
☐ Úmida ☐ Seca	☐ Afundamento		☐ Enfisma Sub-Cutâneo	☐ Tamponamento	☐ Débito
☐ Cianótica	☐ Fer. Penetrante				☐ Evisceração

Pelve

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

AVILIAÇÃO CARDIACA

AVILIAÇÃO CARDIACA	AFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA REGRESSA
☐ Ritmo Sinusal	☐ Respiratória	☐ Digestiva
☐ Taquicardia	☐ Neurológica	☐ Infecçiosa
☐ Bradicardia	☐ Psiquiátrica	☐ Obstétrica
☐ Fluter	☐ Metabólica	☐ Pediátrica
	☐ Cardiovascular	☐ Aborto
	☐ Outros	☐ Medicação de uso

GRAVIDADE COMPROVADA: ☐ ILESO ☐ SEVERA ☐ FREQUENTE ☐ MORTE ☐ MÉDIA ☐ INDETERMINADA ☐ OUTRO

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro (Unidade de Destino)

ÁREA DE SINISTROS - DPMT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Bon Vieta - REC

MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS

DADOS PESSOAIS DA VITIMA

INCIDENTE

☐ Cancelamento

☐ Recusa de Atendimento

☐ Não se encontrava no local

☐ Recusa de hospitalização

☐ Trole

☐ Bombeiro no local:

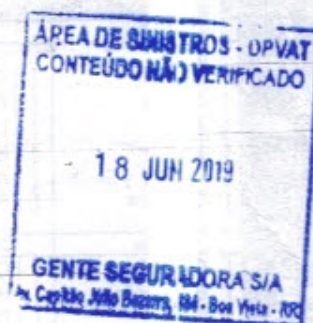
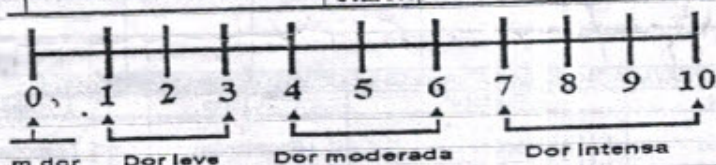
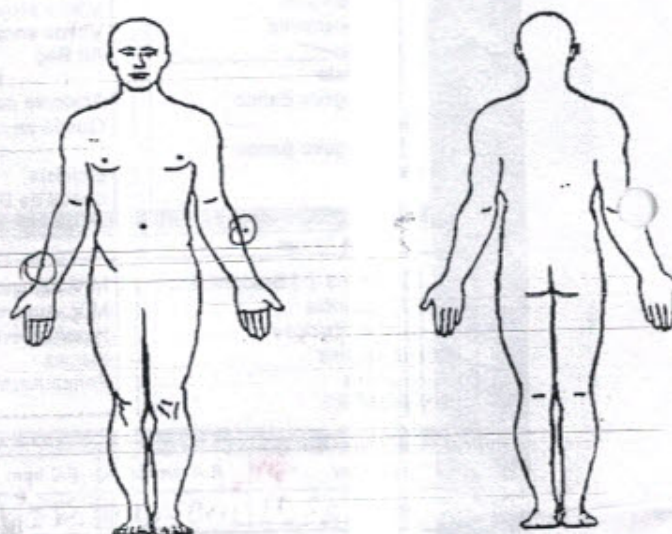
☐ Iniciada as: 18 JUN 2019

☐ Término as: _____

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

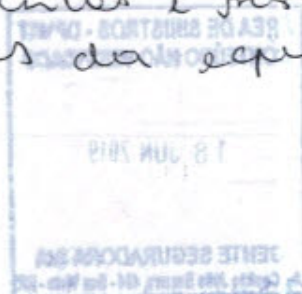
GESTANTE G p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____ Perda de líquido: _____ BCF: _____ [] Com cartão [] Sem cartão	MATERIAL E MEDICAÇÃO
---	-----------------------------

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



EVOLUÇÃO

nomes acionados para socorrer a paciente
 Geovanna Rodrigues do nascimento 25 anos
 a mesma sofreu um acidente na vizinhança,
 fratura exposta antebraços, levadas ao hospital
 local por procedimentos e remove-las em
 H.O.R. as cuidados da equipe.



18/12/2018

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

1ª Classificação
Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.:
Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.:
Aux. Serv. Saúde
19.12.18
Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.:
DIURNO 07-19 40

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente: GECIVANIA RODRIGUES DO NASCIMENTO
Tipo Doc: Documento
Orgão Emissor: Data Emissão: 06/02/1994
Sexo: F
Idade: 24 A 10 M 12 D
Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Raça/Cor: APARDA
Naturalidade: Contato: GETULIO BUENO DO NASCIMENTO
CPF: 00856626236
Nacionalidade: BRASILEIRA
Mão: VANDERLEIA RODRIGUES CARDOSO
Endereço: RUA - ADOLFO COUTRI NETO - 95 - CARACARAI - RR
Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO
Setor: GRANDE TRAUMA
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA
Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA
Nº da Carteira: Profissional do Atend.:
Validade: Autorização: Sis Prenatal: Peso: Pressão:
Procedência: Temp.: Registrado por: ANTONIA.SOARES
Procedimento Sol.:
Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: *Colisão moto - moto.*
QHAS QDM Q gravidiz

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
Acidente em acidente Ambroliótico - Colisão moto - moto. trazida pelo SAMU com prancha rígida. Refere tce com perda de consciência no local.

Exame Físico: *AAA, bTE, comunicativa, ECGLS*
AD-MU@ bil SNA
AD - inocente.
Imobilização de MSE e MTD
trauma de face

Hipótese Diagnóstica: *Poli-trauma.*

SADT - Exames Complementares
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE
☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:
APRAZAMENTO
OBSERVAÇÃO

PRESCRIÇÃO
Dono da casa
Exato rano x + TC de face e crânio

Condição
☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para: *onjudia*
onjudia

óbito
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não
Destino: *ÁREA DE SINISTROS - OPMT*
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

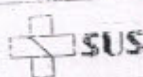
Assinatura do Paciente ou Responsável
Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 18/12/2018 17:41:57

Carimbo e Assinatura do Médico
Carlos Erickson T. Med.
CRM

data 21.2.18

A BLOCO A

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

469392

8 - SEXO

F

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

06/02/1994

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Vanalucia Rodrigues Cardoso

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

R. Azeiteiro Centro Neto 95

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caracaraí

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RR

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Vitima de Acidente Transitário
com deformação e postica-
osser Autodirigido

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CIRURGIA

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

Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Rx Exposto Autodirigido

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

CIRURGIA

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

5108124

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Marlon E. A. Rosa

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

1-1

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CRM-RR 1243

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

35 - CNPJ DA SEGURADORA

36 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

38 - SÉRIE

41 - CBOR

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CREF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CREF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

18/12/11

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0415040035
202
5824
V299

RELATÓRIO OPERATÓRIO

NOME: BEBIVIANA RODRIGUES

HD: F2 Exposto Pulmões @

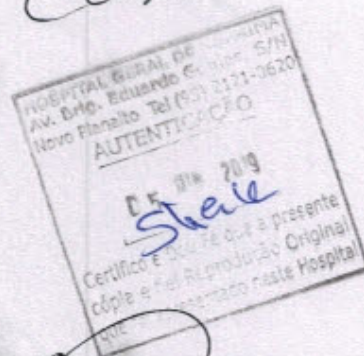
PROCEDIMENTO: LIMPEZA CIRURGICA
+ GESSO



RELATO

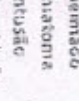
- Encontro - se Ferimento com
exposto osso Ulna e
radio @

- LMC com Povidine, Clorexidina
e SF
Suturas Exponidas
Tal Gesso



Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 483

18/12/18



SESAU



HGR

S. I. - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Gláucia Rodrigues de Azevedo

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Nome: Gláucia Rodrigues de Azevedo

Idade: 24

Sexo: F

Religião: Católica

Estado Civil: Solteira

Profissão: Enfermeira

Endereço: Rua ...

Telefone: (011) ...

Outros: ...

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala: 21:00

Início da Cirurgia: 21:35

Início Anestesia: 21:30

Término Cirurgia: 21:48

Saída S.O.: 22:04

Cirurgia Realizada: ...

Anestesia: B.P.B

Posição: Prone

Hidratação: ...

Antibiótico: ...

Terapia: ...

SF a 0,9%: ...

SG a 10%: ...

Outros: ...

Nº de compressas oferecidas: ...

Nº de compressas recolhidas: ...

Sinais Vitais: ...

SAT: 94 %

FC: 94 bpm

PA: 130x80 mmHg

Exames na SO: ...

Outros: ...

Legenda

1. Eletrodo

2. Oxímetro

3. PVC

4. Placa de Bisturi

5. Incisão

6. Cateter

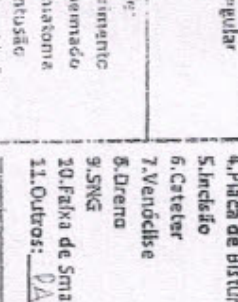
7. Venoclise

8. Drena

9. SNG

10. Faixa de Smarch

11. Outros: ...



Entradas

EV: ...

HV: ...

CH: ...

SNG: ...

Dreno: ...

Diurese: ...

SNG: ...

Outros: ...

Saídas

Sinais Vitais: ...

PA: ...

SPO2: ...

Outros: ...

ÁREA DE ARQUIVOS - DENT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

18 JUN 2019

CELESTE SEGURADORA S/A

Centro de Seguro de Vida

18 JUN 2019

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Guilherme Rodrigues Macenato
Idade: 30 anos
Sexo: Masculino
Profissão: Engenheiro

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Anestesia: 1
Tipo: RAPI
Local: Sala Operatória

SALA DE OPERAÇÕES (Sala Pós Operatória)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: CONFIRMOU:

() Identidade
(X) Sítio Cirúrgico
() Precedente
(X) Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO
() Aplicar (X) Não se Aplica

ATENDIMENTO DO PACIENTE
(X) Sim () Não () Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
(X) Sim () Não () Não se Aplica

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ENERGIA CONHECIDA
(X) Não () Sim, Quant: _____

ÁREA DE RISCO DE ASPIRAÇÃO
(X) Não () Sim, e equipamento/assistência disponível

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
(X) Não () Sim, e se necessário equipamento adequado e planejamento para fluidos

Assinatura: Jose Buttenbender
Hora: 10h37

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: (X) Sim () Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:
(X) Identificação do paciente
(X) Sítio cirúrgico
(X) Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:
() 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 PROFISSÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS
() Não se aplica () Sim, Quant: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
(X) Sim () Não se aplica

Assinatura: Jose Buttenbender
Hora: 10h37

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
(X) Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
() Sim () Não (X) Não se Aplicam

3- COMO A ANESTESIA 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 (X) Não

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE
() Não () Não se Aplica

ÁREA DE SUJEITOS - 09/11/2019
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
GENTE SEGURADORA SAA
La Cely Joia Barro, 44 - Rua Nóbis - 105

Assinatura e Carimbo
Jacqueline Volante
Enfermeira
COREN-RR 122.148



Governo do Estado de Rondônia
Secretaria Estadual de Saúde

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR	QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE <i>Beirven Lebrões</i>			
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS			
DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÃO
<i>18/12/18</i>	<i>1) D. Tave</i>	<i>SND</i>	<i>24:00</i>
	<i>2) AVP</i>	<i>manuten</i>	<i>20: 150 x 90 mmHg</i>
	<i>3) Captação</i>	<i>12-18-24</i>	<i>FE: 89.</i>
	<i>4) Curativo em 800 + 8/8</i>	<i>14-22</i>	<i>FE: 19</i>
	<i>5) D. Tave</i>	<i>12-18</i>	<i>15X: 300.</i>
	<i>6) Tave</i>	<i>18-24</i>	<i>OGH5 PA 143X76 P77</i>
	<i>7) Captação</i>	<i>18-24</i>	<i>T. 36.4C FA: 18</i>
	<i>8) Captação</i>	<i>18-24</i>	<i>X: + E: 0</i>
	<i>9) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>10) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>11) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>12) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>13) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>14) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>15) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>16) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>17) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>18) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>19) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>20) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>21) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>22) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>23) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>24) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>25) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>26) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>27) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>28) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>29) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>30) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>31) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>32) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>33) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>34) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>35) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>36) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>37) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>38) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>39) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>40) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>41) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>42) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>43) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>44) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>45) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>46) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>47) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>48) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>49) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>50) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>51) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>52) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>53) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>54) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>55) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>56) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>57) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>58) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>59) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>60) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>61) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>62) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>63) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>64) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>65) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>66) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>67) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>68) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>69) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>70) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>71) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>72) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>73) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>74) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>75) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>76) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>77) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>78) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>79) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>80) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>81) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>82) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>83) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>84) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>85) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>86) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>87) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>88) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>89) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>90) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>91) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>92) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>93) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>94) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>95) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>96) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>97) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>98) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>99) Captação</i>	<i>18-24</i>	
	<i>100) Captação</i>	<i>18-24</i>	

Carlos Henrique da Rosa
Médico
CRM-RS 498

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bessery, 44 - Boa Vista - RS



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

GOVERNO DE RORAIMA
HGR
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: _____

PACIENTE: Geovanna Rodrigues

DIAGNÓSTICO: _____

ALERGIAS: _____ HAS: _____ NEGA: _____ DM2: _____ NEGA: _____

IDADE: _____ LEITO: F-4 DATA: 19/02/18

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SM
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia	18
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	12 18 24 06
4	TILATIL 20mg 12/12hs	18 06
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N	10 18 30 S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS	14 22 06
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H	Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	
14	CURATIVO DIARIO - BRACO (E)	
15		
16	<u>Omeprazol 600 - 8/8 EV 18 22 06</u>	
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

ÁREA DE SINISTROS - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUN 2019

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

026, 10587
Afebre

Carlos Henrique La Rosa
Médico
CRM-RR 483

SINAIS VITAIS	PA	FC	T
6 H	130/80	70	-
12 H	187x120	74	36°C
18 H	131x81	79	36,0
24 H	120/80	75	-

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

NIR

Regulado
para leito

3LA/304-J 11:50
Regulação Interna

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

TAX: 35.9 //



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

04

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:	Idade:		Sexo:
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução:	() Sim (X) Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos		
Alergia:	() Sim (X) Não Qual (is):		
Necessidade de Intérprete?	() Sim (X) Não Qual idioma:		
Possui acompanhante:	(X) Sim () Não Obs:		
Deambulação:	(X) Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante		

SISTEMA NEURÓLOGO (X) Consciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torposo () Comatoso () Agitado () Reage a estímulos () Não reage	SISTEMA CARDIOVASCULAR (X) Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____ (X) Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____ (X) Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulso: _____
PUPILAS (X) Fotorreagente () Mióticas () Midriáticas () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes	ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL (X) VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT Aceitação da dieta: (X) Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente (X) Ausente () Colostomia () Normal () Diarreia () Constipação () Melena Flatos: () Presente () Ausente
REGULAÇÃO TÉRMICA (X) Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico () Febril () Febre () Pirexia () Hiperpirexia	REGULAÇÃO ABDOMINAL (X) Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido () Ascítico () Maciço () Timpânico Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não
CARACTERÍSTICAS DA PELE (X) Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Hipocorada () Hipercoreada () Anictérica () Ictérica () Cianótica () Acianótica () Edema Local: _____ Úlcera por pressão: () Sim (X) Não Região: _____ Curativo realizado: () Sim (X) Não FO: () SIM () NÃO	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE (X) Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria () Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen

SISTEMA RESPIRATÓRIO (X) Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____	CONTROLE DE CATETERES/SONDAS, DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Cateter Periférico: (X) Sim () Não Local: MSD Data: 18.12.18 Trocar em: _____ Cateter Central: () Sim (X) Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim (X) Não Sondas: () Sim (X) Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT () Lavagem () Sifonagem reno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: () Sim (X) Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: () Sim (X) Não Tipo: _____ Local: _____
---	---

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		
() Deglutição	() Padrão respiratório ineficaz	()
() Risco de nutrição desequilibrada	() Déficit no autocuidado para alimentação	()
() Risco de glicemia instável	() Déficit no autocuidado para banho/higiene	()
() Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	() Conhecimento deficiente	()
() Volume de líquidos excessivo	() Comunicação verbal prejudicada	()
() Volume de líquidos deficiente	() Risco de dignidade humana comprometida	()
() Eliminação urinária prejudicada	() Processos familiares disfuncionais	()
() Risco de constipação	() Risco de quedas	()
() Diarreia	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	()
() Incontinência intestinal	() Dor aguda	()
() Padrão de sono prejudicado	() Dor crônica	()
() Mobilidade física prejudicada	() Náusea	()
() Integridade da pele prejudicada	() Risco de broncoaspiração	()
() Risco de integridade da pele prejudicada	() Risco de infecção	()
() Conforto prejudicado	() Ventilação espontânea prejudicada	()

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Rua Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - ROR

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						HER																										
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																																
PRESCRIÇÃO MÉDICA																																
DATA DE ADMISSÃO				DIH	DN																											
PACIENTE	<i>Cecilia Rodrigues</i>																															
DIAGNÓSTICO																																
ALERGIAS	HAS	DM2																														
IDADE	LEITO	DATA	<i>20/12/18</i>																													
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO																									
1	DIETA ORAL LIVRE						SND																									
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO						<i>24</i>																									
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H						<i>06</i>																									
4	TILATIL 20MG EV 12/12H						<i>06</i>																									
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H						<i>06</i>																									
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA						SND																									
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)																															
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N																															
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						<i>Relima</i>																									
10	SSV + CCGG 6/6 H						SND																									
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG						<i>Lumative</i>																									
14	CURATIVO DIARIO																															
15	<i>Chutamento 600 = 8/8 2x</i>						<i>3x</i>																									
16																																
17																																
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),																															
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;																															
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%																															
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA																															
EVOLUÇÃO MÉDICA: <i>Q.E.G. 10/18</i>																																
<i>A.H.C.</i>																																
ÁREA DE SINISTROS - DPMT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 18 JUN 2019 GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR																																
Carlos Enrique La Rosa Médico CRM-RR 463																																
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>SINAIS VITAIS</th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td>120x68</td> <td>70</td> <td>17</td> <td>36°C</td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>140x90</td> <td>75</td> <td></td> <td>36.1</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>149x98</td> <td>-75</td> <td></td> <td>36°C</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>119x70</td> <td>102</td> <td>18</td> <td>36.5°C</td> </tr> </tbody> </table>								SINAIS VITAIS					6 H	120x68	70	17	36°C	12 H	140x90	75		36.1	18 H	149x98	-75		36°C	24 H	119x70	102	18	36.5°C
SINAIS VITAIS																																
6 H	120x68	70	17	36°C																												
12 H	140x90	75		36.1																												
18 H	149x98	-75		36°C																												
24 H	119x70	102	18	36.5°C																												



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

GUIA DE ENCAMINHAMENTO - SADI

☐ ANÁLISES CLÍNICAS ☐ RADIOLOGIA ☐ OUTROS

PRONTUÁRIO N°

NOME DO PACIENTE <i>Marlon R. Dantas</i>		DATA DE NASCIMENTO		IDENTIFICAÇÃO	
ENDEREÇO		CIDADE		UF	TELEFONE
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA <i>Troturo exposto parietal (E) (D)</i>					
ÁREA OU SEGMENTO A SER EXAMINADO <i>Crânio</i>					
EXAMES OU SERVIÇOS SOLICITADOS <i>AV. ORTÓPTICA</i>					
ASSINATURA, CRM E CARIMBO DO MÉDICO <i>[Assinatura]</i>		DATA DE EMISSÃO <i>13/12/19</i>		UNIDADE SOLICITANTE <i>H. Carvalha</i>	
AUTORIZAÇÃO, QUANDO NECESSÁRIO		ENCAMINHADO PARA <i>HGR - Roraima</i>			
ASSINATURA E CARIMBO <i>Kyldery Cavallante</i> Médico CRM-RR 1801		ENDEREÇO		CIDADE	UF

ESTA GUIA TEM VALIDADE POR 30 (TRINTA DIAS)
A PARTIR A DATA DE SUA EMISSÃO



GOVERNO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos brasileiros"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SETOR DE RADIOLOGIA - HGR



NOME: Gecivania Rodrigues Do Nascimento (GT) **SEXO:**F

IDADE: **Data de nascimento:**

DATA DO EXAME: 18-12-18

MÉDICO SOLICITANTE: Dr.: Kildery Cavalcante

INDICAÇÃO:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO E FACE

Protocolo

Exame realizado sem a injeção do meio de contraste.

Relatório

EXAME REALIZADO EM CARÁTER DE URGENCIA

Aumento das partes moles da hemiface esquerda.

Espessamento mucoso do seio maxilar à esquerda.

Parênquima cerebral com morfologia e atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo com morfologia e atenuação preservados.

Ausência de calcificações de aspecto patológico.

Linha média sem desvios significativos.

Não caracteriza-se coleções ou massas intra ou extra-axiais, respeitadas as limitações do método.

Boa Vista,

Data do relatório: 18/12/2018

Dr. Jean Carlos Medeiros

CRM - 1279/RR

Diagnóstico por Imagem



SINISTRO 3190387632 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GECIVANIA RODRIGUES DO NASCIMENTO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO GECIVANIA RODRIGUES DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 00856626236

Posição em 25-09-2019 10:40:21

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
10/07/2019	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50

