

## Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:  
3272317520211103113439

## Processo 0804657-08.2020.8.23.0010 ☆ - (630 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Selos:

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
<p><b>Realces</b> ↑</p> <p><b>Realçar Movimentos de:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência</p> <p><b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória</p>					
<p><b>Filtros</b> ↑</p> <p><b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor</p> <p><b>Sequencial(Intervalo):</b> _____ ao _____ <b>Data do Movimento(Período):</b> _____ à _____</p> <p><b>Descrição:</b> _____</p>					

93 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 93

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por	
<input type="checkbox"/>	93	03/11/2021 11:34:39	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b> Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (14/10/2021)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
	93.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2698320IMPUGNACAOOLAUDOPERICIAL01.pdf Público	
	93.2	Arquivo: Anexo - petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2698320IMPUGNACAOOLAUDOPERICIALAnexo02.pdf Público	
<input type="checkbox"/>	92	26/10/2021 16:38:30	<b>EXPEDIÇÃO DE CERTIDÃO GERAL</b> Referente ao evento (seq. 86) JUNTADA DE LAUDO(14/10/2021 12:09:32). Identificador do Cumprimento: 0003	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA <b>Analista Judiciária</b>
	91	22/10/2021 19:29:32	<b>RENÚNCIA DE PRAZO DE MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA</b> Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (14/10/2021)	Wallyson Barbosa Moura <b>Advogado</b>
	90	22/10/2021 19:29:18	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA) em 22/10/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 86) JUNTADA DE LAUDO (14/10/2021) e ao evento de expedição seq. 88.	Wallyson Barbosa Moura <b>Advogado</b>
	89	22/10/2021 18:17:58	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 22/10/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 86) JUNTADA DE LAUDO (14/10/2021) e ao evento de expedição seq. 87.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
	88	14/10/2021 12:09:40	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 86) JUNTADA DE LAUDO (14/10/2021)	JAILSON MEDEIROS TEIXEIRA <b>Analista Judiciário</b>
	87	14/10/2021 12:09:40	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 86) JUNTADA DE LAUDO (14/10/2021)	JAILSON MEDEIROS TEIXEIRA <b>Analista Judiciário</b>
<input type="checkbox"/>	86	14/10/2021 12:09:32	<b>JUNTADA DE LAUDO</b>	JAILSON MEDEIROS TEIXEIRA <b>Analista Judiciário</b>
	85	19/09/2021 23:23:32	<b>HABILITAÇÃO PROVISÓRIA</b> Perito Oficial: FERNANDO BERNARDO DE OLIVEIRA habilitado até 25/09/2021 (6 dias)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA <b>Analista Judiciária</b>
<input type="checkbox"/>	84	17/09/2021 09:01:14	<b>JUNTADA DE CERTIDÃO</b>	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA <b>Analista Judiciário</b>
	83	17/08/2021 18:58:24	<b>LEITURA DE MANDADO REALIZADA</b> MANDADO lido em 17/08/2021 - Referente ao evento de expedição (seq. 79) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (08/08/2021 23:47:35). Parte: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA <b>Analista Judiciário</b>
	82	17/08/2021 18:02:53	<b>RETORNO DE MANDADO</b> Referente ao evento (seq. 79) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (08/08/2021 23:47:35). Parte: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA	JUCILENE DE LIMA PONCIANO <b>Oficial de Justiça</b>
	81	10/08/2021 00:04:53	<b>DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A</b> (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 73) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (27/07/2021) e ao evento de expedição seq. 74.	SISTEMA CNJ
			<b>REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO</b>	



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

Processo n.º 08046570820208230010

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

#### **DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 4.050,00 (quatro mil e cinquenta reais).

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 29 de outubro de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RR 451-A**

**DIEGO PAULI**  
**858 - OAB/RR**

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472597/19

**Vítima:** MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

**CPF:** 900.306.562-49

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 26/09/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### YARA DIVA GUIMARAES COSTA : 762.732.616-87

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA : 900.306.562-49

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.**

**A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/12/2019  
Nome: YARA DIVA GUIMARAES COSTA  
CPF: 762.732.616-87

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

YARA DIVA GUIMARAES COSTA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DENATRAN

DETRAN - RR Nº 013975457987  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COB. RENOVAÇÃO 01042943874 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME MARCELO DA SILVA DE OLIVEIRA

PLACA RR NUI3253

026, 020, 012-35

PLACA ANT./UF CHASSI/PLACA

026RC1680F001B326

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/MPR-DELTE

COMBUSTIVEL ALCO/9ASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ES01

ANO FAB 2015 ANO MOD 2015

CAP / POT / OIL CATEGORIA PARTICU

COR PREDOMINANTE PRETA

COXA UNICA \*PAGO\* VENC. COXA UNICA

1ª \*\*\*\*\* VENC. / COTAS

2ª \*\*\*\*\*

3ª \*\*\*\*\*

FAIXA LVA. PARCELAMENTO / COTAS

\*\* PAGO COXA UNICA \*\*

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO - 18/03/2019

SEM RESERVA DE DOMINIO \* PROIB SAIR DA A MAZON OCID \*

OBSERVAÇÕES

BOA VISTA-RR, 30/04/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013975457987 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 01 026, 020, 012-35

PLACA RR NUI3253

RENAVAM 01042943874

MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ES01

ANO FAB 2015 ANO MOD 2015

CAT. TABELA PRECXC1680F001B326

PREMIO TARIFARIO

FNG (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

R\$ 36,05 R\$ 4,01 R\$ 42,06

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) DATA DE OUTUBRO 18/03/2019

R\$ 4,15 R\$ 0,32 R\$ 84,58

COXA UNICA PARCELADO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04

OUT / 2019

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472597/19

**Vítima:** MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

**CPF:** 900.306.562-49

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/09/2019

**Titular do CPF:** MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### YARA DIVA GUIMARAES COSTA : 762.732.616-87

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA : 900.306.562-49

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/12/2019  
Nome: YARA DIVA GUIMARAES COSTA  
CPF: 762.732.616-87

YARA DIVA GUIMARAES COSTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190724364

**Cidade:** Boa Vista

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

**Data do acidente:** 26/09/2019

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO RÁDIO ESQUERDO.  
FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- PAG 16)E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO E DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL ESQUERDO E LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>30 %</b>	<b>R\$ 4.050,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190724364

**Cidade:** Boa Vista

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

**Data do acidente:** 26/09/2019

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO RÁDIO ESQUERDO.  
FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- PAG 16)E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO E DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL ESQUERDO E LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>30 %</b>	<b>R\$ 4.050,00</b>

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL 464571-5

DATA DE EXPEDIÇÃO

27/06/2016

YARA DIVA GUIMARÃES COSTA

FILIAÇÃO  
DERSON FELIX COSTA

IVETE GUIMARÃES COSTA

NATURALIDADE  
BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO  
10/12/1962

COT. ORIGEM  
CERTO CAS AVERB DIVORCIO 2359 FLS 52 LIV B-8  
1 OF BOA VISTA - RR

CPF  
762.732.616-87

AMADEU ROCHA TRIANI  
Perito Papiloscópico de Polícia Civil  
Diretor do IIOC

1 VIA

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 MAR 2016

SEGUROSELA SEGURADORA S/A  
Rua Daxerra, 484 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



Marizon Ferreira de Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 273530

DATA DE EXPEDIÇÃO 16/03/2018

NOME

MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO

MILTON FERREIRA DE OLIVEIRA  
MARIA ROSA DA SILVA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE

SÃO JOÃO DA BALIZA - RR

DOC. ORIGEM

CERTD NASC 52218 FLS 279 LIV A-70

BOA VISTA-RR

900.306.562-49

2ª VIA

DATA DE NASCIMENTO  
21/10/1986

AMADEU ROCHA TRIANI  
Diretor-Executivo de Polícia Civil

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

SECRETARIA DE RORAIMA

P1

PROIBIDO PLASTIFICAR

*Handwritten signature/initials*

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

1ª Classificação

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul Ass.

Reclassificação

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul Ass.

Reclassificação

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul Ass.

1901166548 26/09/2019 11:35:04 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 13

Paciente: **MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA** Data Nascimento: **21/10/1986** Idade: **32 A 11 M 5 D** CNS: **90030656249** CPF: **90030656249** Prontuário

Tipo Doc: **273530** Documento: **SSP/RR** Órgão Emissor: **19/05/2006** Data Emissão: **M** Sexo: **M** Estado Civil: **SOLTEIRO** Raça/Cor: **APARDA** Naturalidade: **SAO JOAO DA BALIZA - RR** Nacionalidade: **BRASILEIRA**

Mãe: **MARIA ROSA DA SILVA DE OLIVEIRA** Pai: **MILTON FERREIRA DE OLIVEIRA** Contato: **(95) 99125-4929**

Endereço: **RUA - C - 220 - CARANA - BOA VISTA - RR** Ocupação: **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: **VALIDADE** Autorização: **Sis Prenatal**

Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: **Temp.** Procedência: **Peso** Pressão: **Registrado por: WALDEMAR STOCKER**

Setor: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol.: **Registrado por: WALDEMAR STOCKER**

Queixa Principal:  Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: **GSC** TOTAL: **AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: **11:35h**)  
*Paciente com dor, vítima de acidente de trânsito*

Exame Físico: *Presença de lesões corticontusos no MI e ME.*

Hipótese Diagnóstica:

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

PREScrição	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>0,175 0,15 LPM</i>		
<i>0 Dipirona 1g EV</i>		
<i>0 Tiloril 2g EV</i>		

Conduta:  Alta por Decisão Médica  Alta a Pedido  Alta a Revelia  Transferência para **Ortopedia**

Ambulatório  Observação (Até 24h)  Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

Óbito: Antos do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família  ML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: *[Signature]* Carimbo e Assinatura do Médico: *[Signature]*

Impresso por: **waldemar.stocker** Data Hora: **26/09/2019 11:36:18**

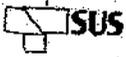
**GENAGCO Henrique R. da M.**  
**Ass. ZOCON - Médico**  
**CRM-RR 1615**

**1901166548**

NIR

Anexo I

Transf: 08/10/19



Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

NIR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MARIZON FERREIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

135244

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/01/86

9 - SEXO

Masc

Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Mariz Rosa de Silva Oliveira

ODD

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

RR

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

TRAT DE COHO DE FUMAR @ + ASSIO @

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TOO CUMMULO

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

RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TRAT COHO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

OS PROSSINUS COHO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

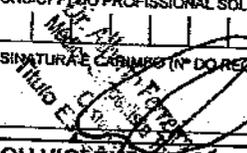
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ALBONTO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

26/09/19

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



PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

38 - SÉRIE

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

0308010019  
S720 T068  
V99

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

26/09/19

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

ate 5.00

600

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

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO \_\_\_\_\_ DIH \_\_\_\_\_ DN \_\_\_\_\_

PACIENTE **MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA**

AGNÓSTICO **FUNÇÃO COLO FEUVA + GAVAZZI ADAPTO**

ALERGIAS \_\_\_\_\_ HAS \_\_\_\_\_ NEGA \_\_\_\_\_ DM2 \_\_\_\_\_ NEGA \_\_\_\_\_

IDADE **32 Anos** LEITO \_\_\_\_\_ DATA **26/9/19**

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H S/N	S/N
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06 NT
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	S/N
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	S/N
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	22 66
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S/N
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	12 18 24 06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	10 22
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	S/N
13	SSVV + CCGG 6/6 H	retina
14	CURATIVO DIÁRIO	retina
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

*[Handwritten signature]*

*ALS*

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:**  
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
 NORMOCORADO, HIDRATADO.  
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	114/74	103	43
24 H	116x77	114	20

MÉDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

*06/11/15 285 / 106*

*as 07h o paciente medicado CRM, aferido*

*SAVV*



A-65

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: \_\_\_\_\_  
 NOME: Marysya Farias da Silva  
 IDADE: \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_  
 BLOCO: A ENFERMARIA: 65 LEITO: \_\_\_\_\_  
 UTI: \_\_\_\_\_ EMERGÊNCIA: \_\_\_\_\_

DE: Ortopedia

PARA: Bucamaxila

Dados Clínicos:

Lesão estroma de acidente recente  
 Dor em mandíbula e fx de  
 dente inferior pelo qual solicitado  
 avaliação  
 Grito

27.09.19  
Data

Dr. Pedro de S. Fausto  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RR 2028

Médico

Solicitação Dr. P. A. muito  
 novo + lateral oblique  
 de perfil e op  
 - Solicitação parecer de dentes  
 sobre o elemento dentário  
 Fratura do

\_\_\_\_\_  
Data

Dr. Ricardo Brito Farias  
 Cirurgião Dentista  
 Odontologia Bucal-Maxilo-Facial  
 CRO 056 RR

Médico

104.2

(corredor)



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA		
AGNÓSTICO FX COLO FEMUR E + RADIO E		
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	
5		
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD. > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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:

- # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
- # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
- # SOLICITADO:
- # CONDUITA: MANTIDA
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	T
12 H	143x83	110		36.6
18 H	122x83	100		37.1
24 H	153x98	110		36.3

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
CRM-RR 2028  
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Sinh. verificadas S.V.V. Sem queixas neste período. *[Signature]*

06/4  
PA 142x88  
97

Qualquer dúvida, ligue para o telefone (68) 3225-1111  
Cidade de Roraima, 69000-000  
Cidade - RR - Brasil

305-2

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

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ DIH: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_  
 PACIENTE: **MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA**  
 AGNOSTICADO: **FX COLO FEMUR E + RADIO E**  
 ALERGIAS: \_\_\_\_\_ HAS: **NEGA** DM2: **NEGA**  
 IDADE: \_\_\_\_\_ LEITO: **55** DATA: **28/09/2019**

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	SN
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN 15:30 21:00
5		
6	TRAMAL 10DMG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	14:00 - 22:00
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	16:00
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSV + CCGG 6/6 H	SN
18	CURATIVO DIÁRIO	SN
19		
20		
21		

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:**

- # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
- # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
- # SOLICITADO:
- # CONDUTA: MANTIDA
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
- # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	148 x 106	103	-	-
18 H	144 x 102	104	-	-
24 H	127 / 85	117	-	36°C

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
 CRM-RR 2028  
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

18H: Realizados os I.Ius  
 C.P.M. *M. M. M.*  
 Marmalida S. Rocha  
 Aux. Enfermagem  
 COREN/RR 000 184.087

Noturno - Paciente estável  
 e um episódio de dor.  
 Ad. m. c. p.m + sru  
 M. M. M.  
 Marmalida S. Rocha  
 Auxiliar de Enfermagem  
 COREN/RR 000 184.087



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



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA				
AGNÓSTI	FX COLO FEMUR E + RADIO E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	104-2	DATA	29/09/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				Su
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				Su
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				Su = 08h 40'
5					
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				Su 2h
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				Su
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				Su
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				Su = 2h 08
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				Su
17	SSVV + CCGG 6/6 H				Su
18	CURATIVO DIÁRIO				
19					
20					
21					

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:**

- # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
- # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
- # SOLICITADO:
- # CONDLITA: MANTIDA
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
- # PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Fernando Rezende  
 Médico  
 CRM-RR 2007

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	137/80	113	—	37,2°
18 H	139/85	111	—	36,8°
24 H	140/80	100	—	36,1°

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
 CRM-RR 2028  
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

104-2000



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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA		
DIAGNÓSTICO: FX COLO FEMUR E + RADIO E		
ALERGIAS	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	DM2
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SWD
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	parante
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SW
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SW 20
5		
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	SW 24
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM	SW
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	SW VO
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SW
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	SW 29:08
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	SW
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SW
17	SSVV + CCGG 6/6 H	potrie
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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:  
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
 NORMOCORADO, HIDRATADO.  
 # SOLICITADO:  
 # CONDUITA: MANTIDA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:

06h PA: 122/81 FC: 136

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
6 H			
12 H	120/78	80	36
18 H	130/78	119	35°C
24 H	124/69	143	38

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
 CRM-RR 2028  
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

paciente no leito, estável  
 após sinais vitais com-  
 munes, fisiológicos. Prescritos  
 realizados AP com bulco nº 18,  
 10/03/2022.

# EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

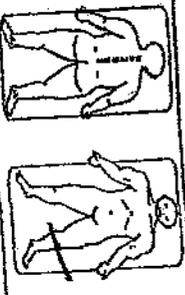
HGR

Protocolo nº 1

Paciente: *Mariana da Silva*

Leito: *104-2*

Data: *30/09/2019*

Localização		Região: <u>MIE</u>	Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( )		Região: _____	Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor	<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor	<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor					
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____					
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____					
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seco					
Solução de Limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____					
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____					
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( ) 48/48h					
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Morai Técnica Enfermagem COREN-RR 965.152.TM		Larissa Alves Nogueira Técnica Enfermagem COREN-RR 965.152.TM		Ana Carolina Silva Carri Téc. em EP COREN-RR 965.152.TM	

104-2

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



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA		
AGNÓSTICO: FX COLO FEMUR E + RADIO E		
ALERGIAS	HAS	NEGA
LEITO	DM2	NEGA
IDADE	DATA	01/10/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	
5		
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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:**

- # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
- # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
- # SOLICITADO:
- # CONDUTA: MANTIDA
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
- # PREVISÃO DE ALTA:

**SINAIS VITAIS**

6 H	PA	FC	FR
12 H	134/8	132	37
18 H	140/80	131	36.7
24 H	128/70	115	36.8

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
 CRM-RR-2028  
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

11:050 paciente no leito  
 H e P venopuncto SVD re  
 interconsulta paciente  
 urgentizado e monitorado leito.

16H + 38,8°C, Administrado 2  
 040pm.

Residência Médica de Análise  
 Autógrafa de Enfermagem  
 COREN-RR 419921 - AN





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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO	FX COLO FEMUR E + RADIO E				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	104-2	DATA	03/10/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			SND	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			Atenção	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN			SN <del>10h</del>	
5					
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR I			SN	
7	NAL BUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			06	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			SN	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			08 16 24	
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA			16	
12	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			12 18 24 06	
13	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			20 08	
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN	
17	SSVV + CCGG 6/6 H			Rotina	
18	CURATIVO DIÁRIO			Curativo	
19					
20					
21					

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:

- # ENCONTRO PACIENTE: DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
- # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
- # SOLICITADO:
- # CONDUITA: MANTIDA
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
- # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	139/76	119	—	36.4
18 H	130/75	120		36.2
24 H	128/81	108		36.2

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
CRM-RR 2028  
Residente de Ortopedia e Traumatologia

120 - Paciente no leito, fx colo femur + radio E, orientado e segue aos cuidados da enfermagem - Sdms

06h 24-324/74  
P-100 7-36°C

Diógenes Pezoto Silva  
COREN-RR 799.581 - TF

Maria Bessa da Piedade  
Téc. Enfermeiro  
COREN-RR 799.581





Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO FRONTIÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Justiça de Colo de Juv. (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

T. tratamento Cirúrgico

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

RX

Dr. Eder Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1028/RR

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

Justiça de Colo de Juv. Segunda

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Eder / Soares

05/10/09

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRA-ETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

### AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

( ) CNS

( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050489  
5720

S. 10

V. 99

BOLETA OPERÁRIO

Margarida Ferreira de Oliveira

Data: 07/10/14

O.S. \_\_\_\_\_

AGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura de Colo de Fêmur (E)

DICAÇÃO TERAPÉUTICA:

Ortopedia

PO DE INTERVENÇÃO:

COMPLICAÇÕES E ACIDENTES:

AGNÓSTICO OPERATÓRIO:

QUIRURGIÃO:

Dr. Gian

1º AUXILIAR:

Dr. Poturck

AUXILIAR:

Dr. Américo R2

INSTRUMENTADORA:

AUXILIAR:

Dr. Américo A. R2

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

Dr. Elyer Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 8347/PR

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1. Documento em DDU com documentação;
- 2. AA + ODE;
- 3. Incisão longitudinal lateral sobre colo (E) + curvatura  
de fêmur como + redução curvatura com 2 FK 2.5 +  
parafusos de 3 parafusos combedor corrigindo a fôlo fratura  
Unio + sutura fasciocutânea + h MC + Sutura + Curvatura  
h. A RPA.

Dr. Fernando Rezende  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 2007

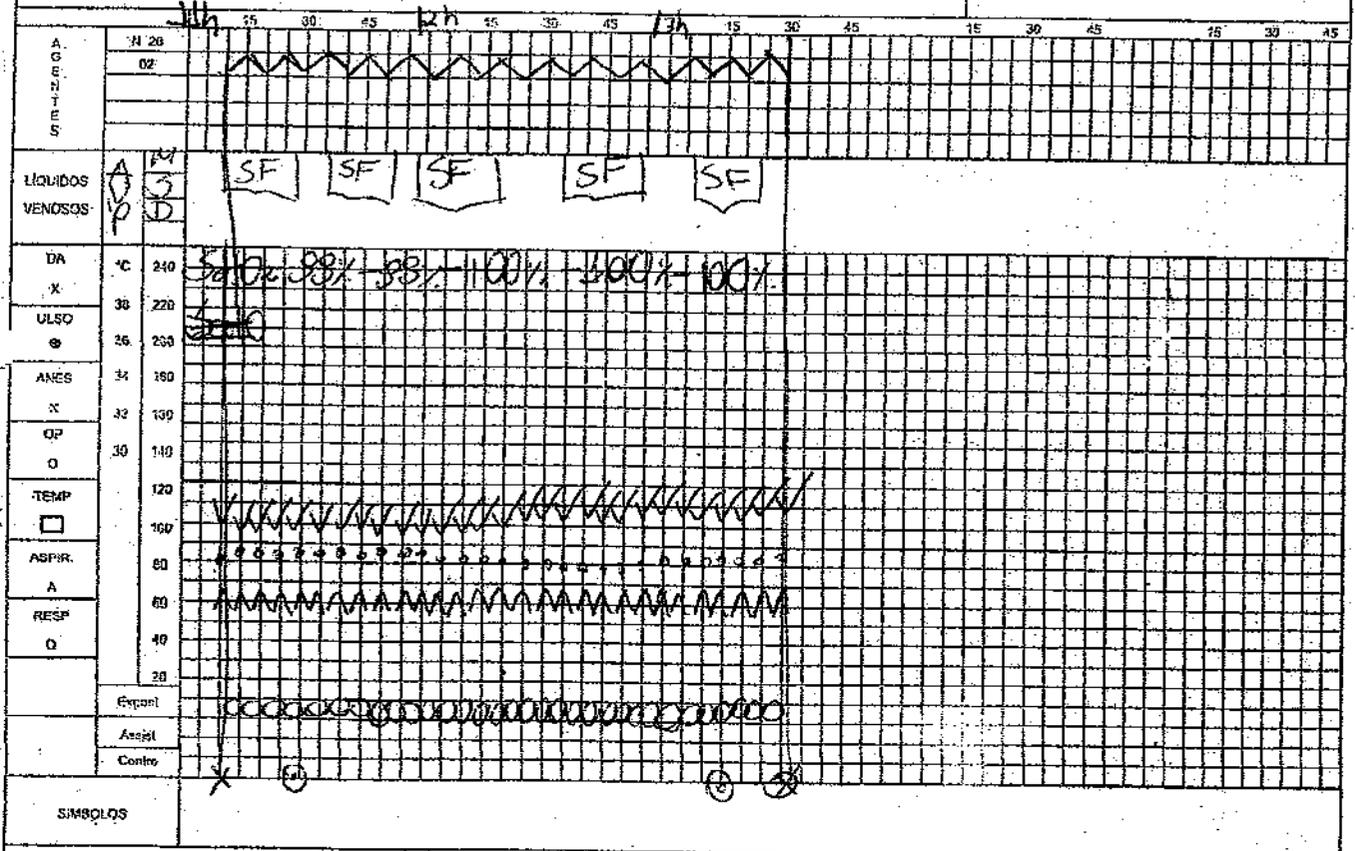


Marizem Ferreira de Oliveira, 33a

05/10/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	AVERTIDAS
a. Propofol	20mg	Propofol	x Check list OK
b. Midazolam	70mg	Mica, mímicas, lombar	(monitorizar) (ECG, Sato, PA, T e Diurese)
c. Fentanil	100mcg	20g ventilação espontânea	1. O2 2l/min SCV
d. Midazolam	5mg	laranja	2. Fentanil 100mcg EV
			3. Midazolam 3mg EV
			4. Antisséptico + compressão
			5. Punção F.S.A., entre L3-L4, paravertebral, claquella 266 (Buncke) e inserção do agente A13
			6. Ceftriaxone 2g EV
			7. Atropina 1mg EV
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	Laria 1g - Espasmo - Efeitos Sicos
		Naso / Orotraqueal - Cóp	Depressão Respiratória - Hipoxia
		Bol - Tamp - Colôre do Tubo	"Bucking" - Vômito
		Sob Mascar	Hemorragia - Anúria
		Dificuldade Técnica	Bráq. Taquicardia - Choque
			PERDA SANGÜÍNEA
TOTAL	2500ml	TEMPO DE ANESTESIA	
		11:10 às 13:30	
OPERAÇÃO	Osteos. de colo de fêmur D.		
ANESTESIA	Dr. Erico / R3 manilha	CIRURGIÃO	Dr. Patrick / Elden

à SRPA

Dr. Erico Gonçalves  
Anestesiologista  
CRM/RN 1514 / RQE 581



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	10-32A	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
MAMZON FEMMEIA DE OLIVEIRA	104.2	SW:		05 / 10 / 19

CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO	
TIPO	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
OST. FMT. CVD DE FEMUR (E)	11:50	13:20	

CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA	
1º AUXILIAR	ANESTESISTA:	DR. EMCO	
2º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:	R3. MARCELE	
	INSTRUMENTADOR		
	CIRCULANTE		

TIPO DE ANESTESIA: MOLE TEMPO DE DURAÇÃO: 01h 30m

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 2.0	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 27			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCCÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL ELETRODOS	
1	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSO CATETER O2	
1	SERINGA 05 ML		2ml	KIT CATARATA Nº ALCOOL 70%	
1	SERINGA 10ML		2ml	GEOFOAM TSP/US	
1	SERINGA 20ML		2ml	FITA CARDIACA CLOROFILINA DEG	
1	AGULHA P/ MOVEN 26		1	OUTROS: Sonda Foley P:14	
			1	BASA COLETOA UMMA	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	RENATA ALESSA DUA	SUB-TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				



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



104-2

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE <i>Luiz Carlos Lima de Oliveira</i>		
AGNÓSTICO <i>PL. C. de Lima</i> (E)		
ALERGIAS	HAS	NEGA
DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	DATA <i>05.10.12</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SMS
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	Manten
3	SF 0,9% 500ML EV <i>12/12h</i>	<i>24-24</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	<i>06-12</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	<i>06</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	<i>12-18</i>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	<i>18-24-08</i>
8	SIMÉTICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	<i>3h</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	<i>3h</i>
11	CÍPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	<i>3h</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	<i>3h</i>
13	SSV + CCGG 6/6 H	<i>3h</i>
14	CURATIVO DIÁRIO	<i>3h</i>
15	<i>Clonidina 1g</i> (G) <i>8/8h</i>	<i>02-06-12</i>
16		
17		
18		
19		
20		
21		

Dr. Fernando Rezende  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2001

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:**  
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# SOLICITADO: RX; # CONDUTA: MANTIDA  
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
# PREVISÃO DE ALTA:

*Ob 120/70 85 37°C*

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
6 H			
12 H			
18 H	<i>120/70</i>	<i>95</i>	<i>36</i>
24 H	<i>120/70</i>	<i>80</i>	<i>36</i>

*2h Temp 38°C*

MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

*paciente no leito no pós-operatório de  
com funeiras - frígido - Presente -  
apêndice SSVU 100/103/932.*



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



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA		
DIAGNÓSTICO: FX COLO FEMUR E + RADIO E		
ALERGIAS	HAS	DM2
	LEITO	DATA
		05/10/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	Mante
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SA
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	
5		
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	SA
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	OG
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	16-24-08
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	16
12	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	18-24-06
13	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	22-30
14	<i>Retirar pontos facia</i>	Petras
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG.	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	Redig
18	CURATIVO DIÁRIO	Curativo
19		
20		
21		

**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:**

- # ENCONTRO PACIENTE: DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
- # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
- # SOLICITADO: *MG VO 12/12H*
- # CONDUTA: MANTIDA
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
- # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	CC	CC	CC
18 H			
24 H			

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
 CRM-RR 2028  
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

*INSTITUTO DE SAÚDE DE RORAIMA*  
*AV. GARCIA RUA 1000 - FLORES*





# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Mariana Ferreira de Oliveira

Leito: 104 - 2

Data: 06 / 10 / 19

Localização		Região: <u>MIÉ (Femur)</u>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I ( ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		
Troca	Profissional que realizou procedimento: _____ _____	Profissional que realizou procedimento: _____ _____		

Selma Paula de Souza  
 Enfermeira  
 N.º 524.031

Márcia da Silva  
 Enfermeira  
 N.º 924.522

104-2

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



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE <b>MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA</b>		
DIAGNÓSTICO <b>FX COLO FEMUR E + RADIO E</b>		
ALERGIAS	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SUB
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	MANUTEN
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	20
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	
5		
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	20
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	20
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	08
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	08
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	06
12	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	12
13	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	10
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	20
17	SSVV + CCGG 6/6 H	20
18	CURATIVO DIÁRIO	CURAR
19		
20		
21		

**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:**  
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
 # SOLICITADO:  
 # CONDUTA: MANTIDA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:

06 PA 127x7  
 FC 123

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	127x7	117	- 35C
18 H	120x70	121	- 36C
24 H	124x74	123	

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
 CRM-RR 2028  
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

*Paciente no leito, higienizado e trocado  
 lençol M e R verificado SSVV na tubulação*

Coordenadora de Arquivos  
 Auxiliar de Enfermagem  
 COREN-RR 419327 - AE

*Paciente no leito, feita medicação  
 SSVV cpm.*

*Diana Rafaela Wessingh  
 Técnica em enfermagem  
 COREN-RR 556 074-TT*

**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: *Motizgan da Silva*

Leito: *104 - 2*

Data: *07/10/2014*

Localização		Região: <i>MSE</i>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I ( ) II <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema/ Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I ( ) II ( ) <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema/ Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema/ Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento ( ) Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido ( ) Seco	<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido ( ) Seco	<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	<input type="checkbox"/> Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <i>Motizgan da Silva</i>	<input type="checkbox"/> 48/48h ( ) Diário	<input type="checkbox"/> 48/48h ( ) Diário	<input type="checkbox"/> 48/48h ( ) Diário
Profissional que realizou procedimento:	<i>Francilinda C. R. Pereira</i> Enfermeira CRP 10.123/10	<i>Marcia Regina X. Viana</i> Enfermeira CRP 10.123/10	<i>Marcia Regina X. Viana</i> Enfermeira CRP 10.123/10	<i>Marcia Regina X. Viana</i> Enfermeira CRP 10.123/10



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA			
AGNÓSTICO: FX COLO FEMUR E + RADIO E			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	104-2	DATA
		08/10/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE	SUP	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	Mantida	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN	
5			
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	18:00 SN	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	SN	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	NSG	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN	
10	SIMÉTICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	08 (16) 21:00	
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	12:00	
12	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	12:00	
13	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	10:00	
14			
15			
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	Medic	
18	CURATIVO DIÁRIO	Curativos	
19			
20			
21			

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:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

06h / 10x71 / 80 / 36

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	125 / 72	110	38,5
18 H			
24 H	129 / 76	111	37,7

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
CRM-RR 2028  
Residente de Ortopédia e Traumatologia

Aferido SSVV, medicado  
m; segue as unidades  
de enfermagem.  
mante no dis.  
ublizar o item (50)

Jacqueline Tavares de Aguiar  
Técnicas de Enfermagem  
COREN-RR 44997-TE

21:50. temp 37,7  
06h: Adquiridos medicamentos  
conforme prescrição e disponibilidade  
de farmácia

Andréia de Souza  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN/RR 482899

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

Bloco: **A** Data: **08.10.19** Enfermaria: **104** Leito: **02**  
 Nome Completo: **Marilene Ferreira de Oliveira** DN: **21/10/86** Sexo: **( ) F (X) M**

Hipótese Diagnóstica: **( ) Isolamento ou Prevenção (X) Sim ( ) Não (X) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos**

Alergia: **( ) Sim (X) Não** Qual (is): **( ) Qual idioma:**

Necessidade de intérprete? **( ) Sim (X) Não** Obs:

Possui acompanhante: **(X) Sim ( ) Não** Deambulação: **( ) Normal ( ) Sem deambulação (X) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Fraca ( ) Comprometida/cambaleante**

**SISTEMA NEUROLÓGICO**  
 Consciente  Orientado  Desorientado  Comatoso  
 Sedado  Torpido  Não reage  
 Agitado  Reage a estímulos

**PUPILAS**  
 Foto-reagente  Mióticas  Midriáticas  Não reagentes  
 Isocóricas  Anisocóricas

**REGULAÇÃO TÉRMICA**  
 Afebril  Hipotérmico  Hipertérmico  Pirécia  
 Febril  Febre **37,5°C**  
 Hiperpirexia

**ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL**  
 Normocárdico  Bradicárdico  Taquicárdico  
 Normotenso  Hipotenso  Hipertenso  
 Pulso Cheio  Filiforme  Arritmico  
 Aceitação da dieta:  Sim  Não  Parcial  
 Evacuações:  Presente  Ausente  Colostomia  
 Normal  Diarreia  Constipação  Melena **pastosa**  
 Flatos:  Presente  Ausente

**REGULAÇÃO ABDOMINAL**  
 Normotenso  Distendido  Globoso  Flácido  
 Ascítico  Maciço  Timpânico  
 Fluidos Hidroelétricos:  Presente  Ausente  
 Sim  Não FO:  Sim  Não

**SISTEMA URINÁRIO / DIURESE**  
 Espontânea  SVD  Anúria  Oligúria  
 Poliúria  Disúria  Colúria  Hematúria  
 Cistostomia  Irrigação contínua  Uropen

**SISTEMA RESPIRATÓRIO**  
 Eupneico  Bradipneico  Taquipneico  Dispneico  Ar ambiente  Traqueostomia  
 Oxigenoterapia  Sim  Não Qual: **FR = 21 mmHg**

**CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES**  
 Data: **07.10.19** Trocar em: \_\_\_\_\_  
 Local: **M50** Curativo realizado em: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_

Sinais de infecção no sítio da punção:  Sim  Não  
 Sondas:  Sim  Não  SNG  Lavagem  Sifonagem  
 Dreno de: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_

Cateter Vesical:  Sim  Não Aspecto da secreção: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_  
 Prótese:  Sim  Não Data da instalação: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

<input checked="" type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de lesão por Pressão
<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de Quedas
<input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável	<input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume	<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/> Risco de constipação
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficientes	<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	<input type="checkbox"/> Comunicação deficiente
	<input checked="" type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene	

**Escala de Morse**

1. Histórico de Queda	4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	
Não <input checked="" type="checkbox"/> 0	Não <input type="checkbox"/> 0	
Sim <input type="checkbox"/> 25	Sim <input checked="" type="checkbox"/> 20	
2. Diagnóstico Secundário	5. Marcha/Deambulação	
Não <input checked="" type="checkbox"/> 0	Normal/Sem deambulação/Acamado <input checked="" type="checkbox"/> 0	
Sim <input type="checkbox"/> 15	Fraca <input type="checkbox"/> 10	
3. Auxílio na Deambulação	Comprometida/Cambaleante <input type="checkbox"/> 20	
Nenhum/Acamado/Auxiliado <input checked="" type="checkbox"/> 0	6. Estado Mental	
Muleta/Bengala/Andador <input type="checkbox"/> 15	Orientado/limitado/conhece as limitações <input checked="" type="checkbox"/> 0	
Mobilidade Passiva <input type="checkbox"/> 20	Superestima capacidade/Esquece limitação <input type="checkbox"/> 15	
<b>TOTAL: 20</b>		

Risco Baixo: 0 - 24  Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45  
 Prescrição para prevenção de queda no verso

104-2



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



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA		
AGNÓSTICO: FX COLO FEMUR E + RADIO E		
ALERGIAS	HAS	NEGA
DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	DATA
	104-2	09/10/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	6ND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SU
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SU
5		
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	SU
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SU
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	NTF (8) 16:29
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	16 <sup>h</sup>
12	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	R 18:29 06
13	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	10 22
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SU
17	SSVV + CCGG 6/6 H	Ratina
18	CURATIVO DIÁRIO	Curativo
19		
20		
21		

**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:**

- # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
- # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
- # SOLICITADO:
- # CONDUTA: MANTIDA
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
- # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	126x77	112	36,9
18 H			
24 H			

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
 CRM-RR 2028  
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

12h → Pct. no leito, sem queixas algéicas, item (10), NTF, a ferido SSVV, segue aos cuidados

*[Handwritten signature]*  
 FORTALE SACROS DE SAUDE  
 RUA...  
 CACHOEIRA GRANDE



# HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

### RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Maria Ferreira de Oliveira

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

*HC dia 09/10/19  
respeitoso*

Assinatura do paciente: Maria Rosa Silveira Oliveira

Responsável:

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, Hora: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Médico Regulador



HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
DR. WILSON FRANCO

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE:

MARZON FERREIRA DE OLIVEIRA

BLOCO/LEITO:

DATA DA INTERNAÇÃO: 1/1

DATA DA ALTA: 22/10/19

IMPRESSÃO CLÍNICA:

Paciente de 47 anos feminino (e),  
já diagnosticado osteossarcoma no fêmur P.

Principais achados físicos, laboratoriais e de imagem durante internação:

NA

EVOLUÇÃO CLÍNICA DURANTE INTERNAÇÃO:

BOA

TRATAMENTOS REALIZADOS:

Osteossarcoma f. coxa femur.  
No momento da cirurgia não

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA HOSPITALAR:

BOA

DIAGNÓSTICO(S) NA ALTA:

f. coxa femur + P. f. o.

MEDICAMENTOS, ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS NA ALTA HOSPITALAR:

Quimioterapia

Dr. Marcus Brenner  
Médico Especialista  
CRM-RR 1917

MÉDICO RESPONSÁVEL  
ASSINATURA E CARIMBO



1-3-24

marizon ferreira de oliveira  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID:  
Data: 12/10/2019

Nr: 2580  
Tec: TR. WEIDELL



marizon ferreira de oliveira  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID:  
Data: 12/10/2019

Nr: 2580  
Tec: TR. WEIDELL 79.1 %

344  
344

ID:

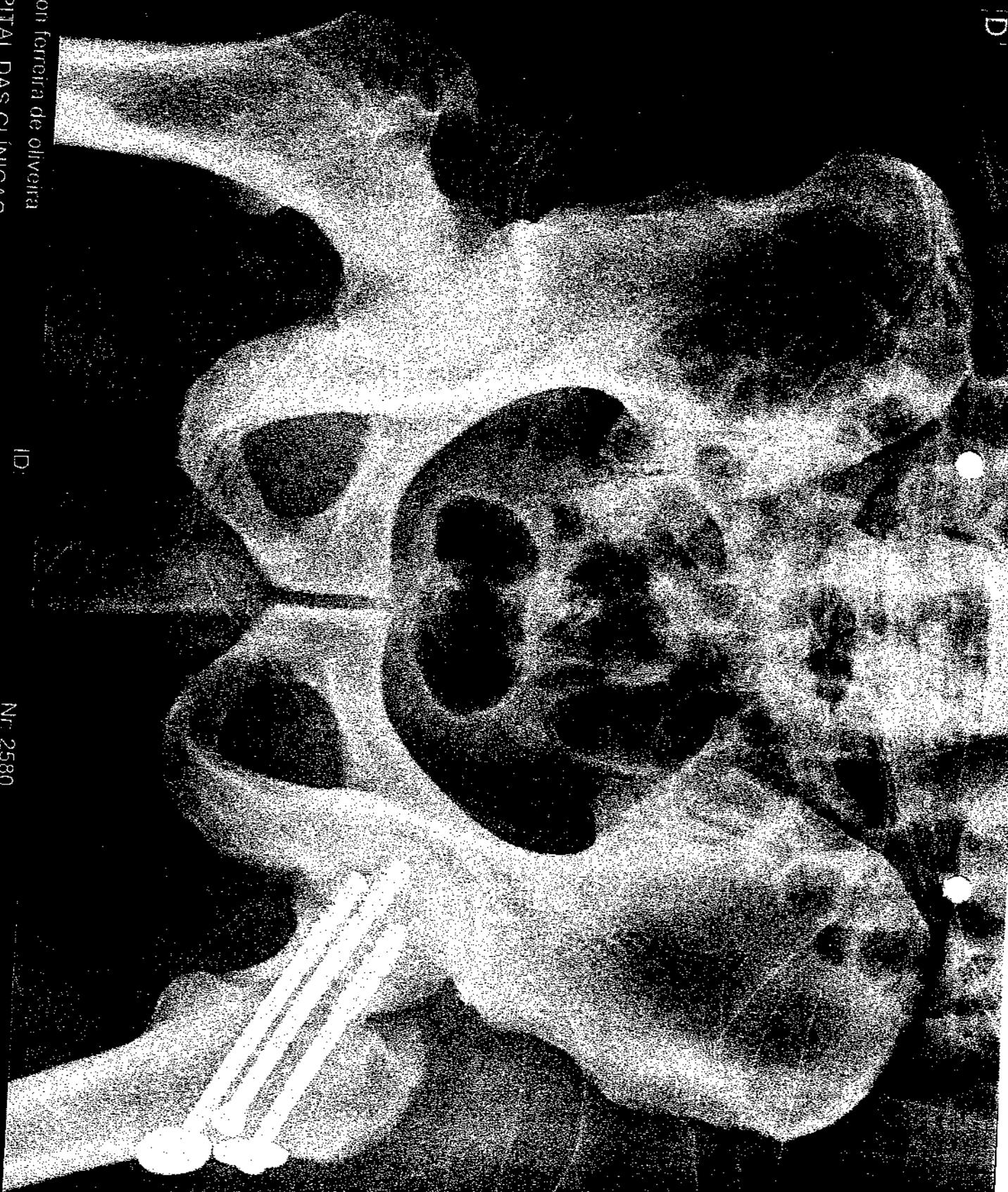
marizom ferreira de oliveira  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID:

Data: 12/10/2019

Nr: 2580

Tec: TR WEIDELL 63,0 %



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 900.306.562-49 4 - Nome completo da vítima: Marizon Ferreira de Oliveira

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

5 - Nome completo: Marizon Ferreira de Oliveira 6 - CPF: 900.306.562-49  
7 - Profissão: Comerciante 8 - Endereço: Av. CB PM José T.A. Macedo 9 - Número: 22016 10 - Complemento: apartamento  
11 - Bairro: Caraná 12 - Cidade: Goa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-595  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): (95)9.9119-0143

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0250  CONTA: 211.641 3  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não afibetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Goa Vista, 27/12/2019

X Marizon Ferreira de Oliveira  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 4084040

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FICAM\*

CONTA MÊS <b>NOVEMBRO/2019</b>	VENCIMENTO <b>06/12/2019</b>	CONSUMO (kWh) <b>327</b>	TOTAL A PAGAR (R\$) <b>301,24</b>
MILTON FERREIRA DE OLIVEIRA AV CB PH JOSE T A MACEDO 220 6 - CARANA CEP: 69.313-595 - BOA VISTA		CPF: 00014278049234	

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	18897	Atual:	22/11/2019	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Anterior:	18570	Anterior:	20/10/2019	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	30	Próxima leitura:	02/12/2019	Ligação:	ELÉTRICA
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão:	23/11/2019	Número Medidor:	14E0905779
Consumo medido:	327	Apresentação:	02/11/2019	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	327			Modalidade:	N 1503729

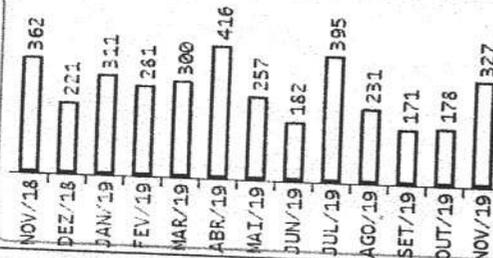
DESCRIÇÃO DA CONTA			
CONSUMO	327 A R\$ 0,770011 =	251,79	
MULTA POR ATRASO DE I	09/19-00	2,55	
JUROS DE MORA POR ATR	09/19-00	0,50	
MULTA POR ATRASO	09/19-00	2,72	
JUROS DE MORA DE IMPO	09/19-00	1,63	
ILUMINACAO PUBLICA		42,05	

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 327 - 0,622263

Média 12 meses: 325

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/12/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mês/Ano Valor R\$  
10/2019 202,65

PRODUTOR FISCAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA SOCIAL DEED. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVAS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 761E.4FBE.D79D.4C10.1CD4.7E62.28A1.4112

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	
Energia:	136,15
Distribuição:	99,63
Transmissão:	0,00
Encargos:	7,71
Tributos:	48,75

Base de Cálculo:	IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
	ALÍQUOTA	VALOR
251,79	ICMS: 17,00%	42,80
	PIS: 0,37%	0,95
	COFINS: 1,00%	4,55

	INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC			FIC			DMIC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	DICRI
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjuntio FLORESTA		Período de apuração: 09/2019		EUSD: 56,10				

ROT: 7.001.15.02.357720



RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO 0090609-3	TOTAL A PAGAR - R\$ 301,24
MÊS FATURADO 11/2019	VENCIMENTO 06/12/2019
Nº da Nota Fiscal: 4084040	FICAM*

83600000003 1 01240075000 1 000000000090 1 60931119008 4



SEQ.: 0086 UC: 0090609-3 DT.LEIT.: 22/11/2019 T.ENTR.: 04  
LEITURA: 18897 NORMAL TOTAL: 301,24 CARGA: 011  
DT.VENC.: 06/12/2019 TRREG.: 000 COLETOR: 4041



ATERMAMENTO  
CAERN  
0000 230 9520  
www.caern.com.br

CNPJ: 05.938.467/0001-15  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.4  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PAULO - CEP. 69.306-510

Matrícula: 534633

Agosto/2019

Dados do Cliente:

IVETE GUIMARÃES COSTA

Endereço para entrega:

RUA ACRE, 569/1 - BAIRRO DOS ESTADOS BOA  
VISTA RR 69385-510

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.008.057.0089.001	3	4358	RESIDENCIAL
Hidrometro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
Y12S469563	31/10/2012	LIGADO	LIGADO
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 799	807	8	32
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 12/07/2019 13/08/2019			

ULTIMOS CONSUMOS

201907	7-0
201906	10-0
201905	15-0
201904	14-0
201903	11-0
201902	12-0
MEDIA	11

Qualidade de Agua Distribuida ao Consumidor					
Informacoes das Amostras Realizadas na Rede de Distribuicao					
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAIS	E.COLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	200	200	200	200	200
CONFORMES	200	200	200	200	200

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	8 M3	23,83
ESGOTO	80.0 % DO VALOR DE ÁGUA	19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019		0,85

VENCIMENTO: 15/09/2019 TOTAL A PAGAR 43,74

IMPRESSO EM: 13/08/2019 08:47:06

Via do Cliente

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Yana Dora Guimarães Cost inscrito (a) no CPF/CNPJ 462.732.616-87 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marizon Ferreira de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 900.306.562-49, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Marizon Ferreira de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 900.306.562-49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

RG e CPF

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Acre</u>		Número	<u>569</u>	Complemento	<u>Case</u>	
Bairro	<u>Costados</u>	Cidade	<u>Boa Vista</u>	Estado	<u>RN</u>	CEP	<u>69.305-510</u>
Email	<u>yanadiva.dpvat@gmail.com</u>			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
					<u>(95) 9.9119-0143</u>		

Boa Vista, 27 de dezembro de 2019  
Local e Data

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante

---

**Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190724364**

**Vítima: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 26/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190724364**

**Vítima: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 26/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.050,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 4.050,00**

Banco: **001**

Agência: **000000250-X**

Conta: **00000211641-3**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 900.306.562-49 4 - Nome completo da vítima: Marizon Ferreira de Oliveira

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

5 - Nome completo: Marizon Ferreira de Oliveira 6 - CPF: 900.306.562-49  
7 - Profissão: Comerciante 8 - Endereço: Av. CB PM José T.A. Macedo 9 - Número: 22016 10 - Complemento: apartamento  
11 - Bairro: Laranã 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: R.R 14 - CEP: 69.313-595  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): (95)9.9119-0143

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 0250  CONTA: 211.641     
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34  
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data: Boa Vista, 27/12/2019

X Marizon Ferreira de Oliveira  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 032601/2019-A01

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 27/12/2019 09:31      Data/Hora Fim: 27/12/2019 09:43  
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP/PM Nº811171 SÉRIE I Data: 26/09/2019  
Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 26/09/2019 10:50

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Av: Parimé Brasil  
Complemento: crumento com Rua Dr. Zamenhof

Bairro: Caraná  
Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB )	Não Houve

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: MATEUS INÁCIO DE OLIVEIRA (VÍTIMA )**

Nacionalidade: Brasileira      Sexo: Masculino      Idade 4

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua: CBPM José Tabira de Alencar      Nº: 220  
Bairro: Caraná

**Nome Civil: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA (VÍTIMA , ENVOLVIDO )**

Nacionalidade: Brasileira      Sexo: Masculino      Idade 33

Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Maria Rosa da Silva de Oliveira      Nome do Pai: Milton Ferreira de Oliveira

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 900.306.562-49

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua: CBPM José Tabira de Alencar      Nº: 220  
Bairro: Caraná  
Telefone: (95) 99131-9884 (Celular)

**Nome Civil: ROSANGELA BEZERRA FRANCISCO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR )**

Nacionalidade: Brasileira      Sexo: Feminino      Idade 39

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua: Dr. Zamenhof      Nº: 1053  
Bairro: Caraná





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 032601/2019-A01

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O ROP/PM informa que foram acionados para atender uma ocorrência de acidente de trânsito, onde segundo relatos de Marizon Ferreira, o qual informou que transitava pela Av: Parimé Brasil na motocicleta Honda FAN CG 150, de cor preta e placa NUI-3253, sentido centro/bairro, momento em que a suposta autora, a qual transitava pela rua Dr. Zamenhof, em seu veículo, sendo este um VW Gol de cor branca e placa NAU-5196, conduzido por Rosangela Bezerra, invadiu a preferencial, não dando tempo do Sr. Marizon Ferreira evitar a colisão, vindo a colidir na lateral do GOL. Que segundo Rosangela Bezerra, não foi possível visualizar a motocicleta devido a mesma ter ficado no "ponto cego" de seu veículo. Que Mateus Inácio e Marizon sofreram várias lesões pelo corpo e foram levados ao Hospital da Criança e HGR respectivamente. Que a perícia esteve no local, os veículos estavam com as documentações em dia e foram liberados ainda no local. Que a Sra Rosangela realizou o teste do etilômetro, o qual teve como resultado 0,00mg/l. É o relato.

ASSINATURAS

  
José Maria de Souza Moura  
Agente Carcerário  
Matrícula 42000193  
Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



## PMRR - CIPTUR

27/09

Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Trans.	H/ini	CH/h	H/Fin
CIP. 03	Ciptur	28/09/19	LESTE	10h50min	10h50min	11h00min	13h50min
Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Kml.	KmF.			
1001	13006/ 13999		144710	144760			

## LOCAL DA OCORRÊNCIA

END: Av. PARIMÉ BRASIL C/ RUA DRº Nº S/N Bairro CARANÁ Ref.: CRUZAMENTO ZEMANHOF

## PESSOAS RELACIONADAS

1 ENVOLVIDO Nome: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA Idade: 33 E. Civil: SOLTEIRO  
Endereço: RUA CB PM JOSÉ TABIRA DE ALENCAR Nº 220 Bairro: CARANÁ

RG: 273530 SSP/RR CNH: 06637333490 Profissão: AUTONOMO  
CPF: 900.306.562-49 Telefone: 99124-9625

2 ENVOLVIDA Nome: ROSANGELA BEZERRA FRANCISCO Idade: 39 E. Civil: Solteira  
Endereço: RUA DRº ZAMENHOF Nº 1053 Bairro: CARANÁ

RG: 183320 SSP/RR CNH: 03873729240 Profissão:  
CPF: 678.827.142-91 Telefone: 99111-9747

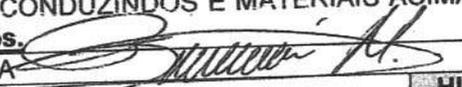
3 VITIMA Nome: MATEUS INÁCIO DE OLIVEIRA Idade: 04 E. Civil: -----  
Endereço: RUA CB PM JOSÉ TABIRA DE ALENCAR Nº 220 Bairro: CARANÁ

RG: CNH: Profissão:  
CPF: Telefone:

## VEICULOS ENVOLVIDOS

- VEICULO ITEM01: HONDA/ CG 150 FAN, COR PRETA, PLACA NUI-3253.
- VEICULO ITEM02: VW/ GOL, COR BRANCA, PLACA NAU-5196.  
DANOS MATERIAIS CONFORME PERICIA.

RECEBI OS CONDUZINDOS E MATERIAIS ACIMA ANOTADOS: Não Houve conduzidos e materiais apreendidos apresentados.

ASSINATURA  CARGO APC LOCAL 3º DP / 15:00

## HISTÓRICO

SENHOR (a) DELEGADO (a)

Fomos acionados via CIOPS para atender um acidente de trânsito com vítimas de lesão corporal no local e hora supracitados. No local já se encontrava a guarnição do GIRO ALFA isolando o local. QUE segundo relatos dos envolvidos, o citado no ITEM-1 estava conduzindo a motocicleta FAN\* na Avenida Parimé Brasil sentido centro/bairro, e a citada no ITEM-2 estava conduzindo o veículo GOL\* na Rua Drº Zamenhof sentido Rua Walmir Pereira da Rocha/ Rua José Ricardo Neto, momento em que no cruzamento das vias a motocicleta colidiu na lateral do automóvel. QUE segundo a ITEM-2 não viu a motocicleta no momento em que atravessava a via, que estava no ponto cego da sua visão. QUE o ITEM-3 estava na garupa da motocicleta e sofreu diversas escoriações pelo corpo e o ITEM-1 sofreu diversas escoriações pelo corpo e possível fratura na perna esquerda. QUE o ITEM-1 e ITEM-3 foram removidos para o HGR e Hospital da Criança respectivamente. QUE a perícia foi realizada no local do acidente pelo Perito PC Silvio Monteiro. QUE os veículos estavam em dia, ficando a motocicleta sob responsabilidade Mauricio da Silva Oliveira (CNH:04792194413), irmão do ITEM-1 e o carro liberado a ITEM-2. QUE a ITEM-2 não sofreu lesão físicas e dispensou atendimento medico. QUE foi oferecido teste no bafômetro a Item-2, sendo realizado resultando em 0,00 mg/L. QUE a via foi liberada. Era o que tinha a informar.

  
R. OLIVEIRA

40.994-4  
CADASTRO

CB PM  
GRADUAÇÃO

CIPTUR

POLÍCIA MILITAR - RR  
CPC-P2-P3  
CONFERE COM ORIGINAL  
DATA 28/09/19  


Adailson Santos da Silva  
Func. Civil PM/RR  
Mat. 44005023

