



2001251970

24/06/2020 15:40:53

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 26

Paciente: MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA
Data Nascimento: 03/11/1990 Idade: 29 A 7 M 21 D CNS: 700007718128002 CPF: Prontuário
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE: 240533 SSP 21/04/2001 F UNIAO PARDA BOA VISTA - RR BRASILEIRA
Mãe: MARIA JOSE MACEDO DA SILVA Contato: (95) 99121-7192
Endereço: JOSE SOUSA DA SILVA Ocupação
AVENIDA - PRINCESA ISABEL - 4246 - SANTA TEREZA - BOA VISTA - RR

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

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) Trocado pelo SAMU, vítima de colisão moto x carro, condutor de moto, usava capacete. Queixa de dor em Joelho e Coxo D.

Exame Físico: Entrel, supnece, ECG: 15

Hipótese Diagnóstica: D. e deformidade em n.º de Coxo D.

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1 Diphone 2g		
2 Tenaxib 2g		
Anel. 0.25 13017		
TRAMAL 100mg IM		

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: Pedro Lima Médico CRM-RR 2142

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico





BOLETIM OPERÁRIO

Data: 24.06.20

O.S. _____

na 7ª de 10h
no 1º de 1h

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente no leito

- Anestesia, atenuada

- Colocar o material local por. por

- Colocar o fio de PCC 3mm

para 4h

curar

Dr. João de Deus Amorim
CRM-RS 574



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Marcelo José Marcelo da Silva</i>	APT OU LEITO <i>GT</i>	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>24/10/2020</i>
--	---------------------------	------------------	---------------------------

TIPO <i>tração transgêlica</i>	CIRURGIA	TEMPO DE DURAÇÃO	
		INICIO <i>18:19</i>	FIM <i>18:30</i>
		TEMPO TOTAL	

CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA		
1º AUXILIAR <i>De Jesus</i>	ANESTESISTA:		
2º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:		
	INSTRUMENTADOR		
	CIRCULANTE		

TIPO DE ANESTESIA: <i>local</i>	TEMPO DE DURAÇÃO: <i>1 hora 10 minutos</i>
---------------------------------	--

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<i>1</i>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		<i>1</i>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	<i>500ml</i>
<i>11</i>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<i>1</i>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	<i>(1)(m)</i>		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº <i>22</i>			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº <i>cotela 0.1</i>	
	SERINGA 01ML			SURGICEL <i>2 guias m.cw</i>	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO <i>Algodão 30cm</i>	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº <i>Algodão 30cm</i>	
<i>1</i>	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
	<i>Alcool 300ml</i>			OUTROS:	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Carla</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		SUB- TOTAL		
ENCARGADO/CÁLCULOS	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
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	RAYAN TOL NACER: 12/11/84		
AGNOSTIC	FARMACIA RORAIMA - FEN - 11		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	DATA	NEGA
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	→ 500	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	→ 1000	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	→ 500	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	→ 24 06 12 13	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	→ 06	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	→ 500	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	→ 22 06 14	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	→ 500	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	→ sup.	
12	CAPTROPIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	→ 500	
13	SSV + CCGG 6/6 H	→ 500	
14	CURATIVO DIÁRIO	→ 500	
15	NAHUT TACER		
16			
17	AO W d Retosm		
18	Alm - pu Cirurgia		
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: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RAYANA TOLLE MATEUS DE JESUS				
AGNÓSTICO	Fratura (patológica) FEM - R				
ALERGIAS	HAS		NEGA		DM2
IDADE	LEITO		DATA		24/06/11
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				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	HABIT TRACIA				
16					
17	Ao 1º e 2º dias				
18	Falecer por Cirurgia				
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,
 NÓRMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO: RX: # CONDUÇÃO: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MÉDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU/SUS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RORAIMA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: **MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA** 29 ANOS
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: **24/6/2020**, COM
DIAGNÓSTICO DE **FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DOREOTA** E NO DIA
23/7/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
OSTEOSSINTE SENDO
OPERADO PELO DOUTOR **DR. JESUS** E P/ DR **DR. CARLOS HENRIQUE**
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA **25/7/2020** ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL**
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM **02 (DUAS)** SEMANAS
COM **DR. JESUS**.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. JESUS E MARCELO A.

sábado, julho 25, 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

Don Silva Martins
Médico
CRM-RR 2038

transm. 24/06/20

GRANDE TRAUMA



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HON

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HON

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

NAYANE LOPEZ NAYANE N. FERREIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

180540

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7100007718428002

8 - DATA DE NASCIMENTO

03/11/90

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Mª JESUS MACIELA DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Av. Presidente Juscelino, 4246, Santa Tereza

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

PR

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fim acidente, que é
clínica - fratura - com 1

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Clínica -

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

R. ferida

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura M. R. com ferida

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRAUMA - LITOTOMIA

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Clínica

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGEN

28 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

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

5159520228

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Jesús A. Lopes

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

24/06/20

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

J. Jesus A. Lopes

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0308010019
5920 T068
1199

Aihon - 0408050098

991210312



AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

Prontuário 20000048	Data Internação 23.07.20	Data da Saída 25.07.20
Número da AIH:		
Enfermaria 3A	Leito 309	

Dados do Paciente

Estabelecimento Executante HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO RODRIGUES - HC		CNES 9472339	
Nome do Paciente MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA			
Cartão do SUS 700007718128002	Data de Nascimento 03/11/1990	SEXO 3 - Feminino	Raça/Cor PARDA
Nº RG/CPF ou Registro de nascimento Identidade - 240533		Nacionalidade BRASILEIRA	
Nome da Mãe MARIA JOSE MACEDO DA SILVA			
Nome do Responsável MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA		Fone pl Contato (95) 99121-7192	
Endereço AVENIDA - PRINCESA ISABEL		Número 4246	Bairro SANTA TEREZA
Município HOA VISTA	Código do IBGE 140010	UF RR	CEP 69.314-148

Dados da Internação

CPF Médico Sol - CRM 1904	Médico Solicitante Andre Dantas	Cartão SUS
Procedimento Solicitado	Procedimento Principal	Esp C. Int 01 CID P CID S CID CA M. Sa 12
Em caso de Parto: Nasc Vivo ☐ Nasc Morto ☐ Alta ☐ Trans ☐ Óbito ☐		

Procedimentos Realizados

Ordem	Tipo	Ato/Procedimento	Cod Ope	CPF/CNPJ	CRM	CBO	QNT	CUTI
01	07		20	01	1904		01	
02	07				2030		21	
03	01	01.01.01.0015			349.949		01	
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

Autorização

Nome Médico Autorizador Martha Aurora Alvarez Blanco	Data Autorização	CPF Autorizador 511.756.812-53	CNS Autorizador 201 5618 9857 0007
Nome do Médico Auditor	Data Auditoria	CPF Auditor	CNS Auditor

CONFERE COM ORIGINAL

Em 07 / 08 / 2020

Ass.: *João Siqueira*



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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital das Clínicas Dr. Wilson Franco

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

04 / 02 / 1986

9 - SEXO

Masc ☐

Fem. ☒

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PACIENTE DA ORTOPEDIA AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima

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

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + LABORATORIAIS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE FEMUR

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

9 0 4 7 5 8 3 6 2 0 0

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

André Dantas Marcílio Santos

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23 / 07 / 2020

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0308010019

CONFERE COM ORIGINAL

Em 07 / 08 / 2020

Ass.: *Mauro Monteiro*



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RF

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	23/07/2020	DN	
PACIENTE	MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA				
DIAGNÓST	FX FEMUR D				
ALERGIAS					
IDADE	HAS	DM2			
	LEITO	309	DATA	23/07/2020	
ITEM	HORÁRIO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
2	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H 08				
3	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA 08				
4	PLASIL 10MG EV 8/8H (S/N)				
5	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
6	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS (S/N)				
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
8	TILATIL 20MG EV 12/12H 12				
9	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H 08				
10	CIPROFLOXACINO 400mg EV ou 500mg VO 12/12h 12				
11	SSVV + CCGG 6/6H				
12	CURATIVO				
13	DESMAMAR SVD E RETIRAR PPD MANTER				
14					
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 +					

Don Silva Martins
Médico
CRM-RR 2038

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H	100x50 305			

CONFERE COM ORIGINAL

Em 07/08/2020

Ass.: *Uguis Suenteiro*

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Magdalena Jose Macedo

HD

DATA: 23/01/20 SEXO: () M () F

IDADE

PESO

KG.

LEITO

309

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS			
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
DRENOS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDIMA 7. AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚTICO () BRADIPNEÚTICO () DISPNEÚTICO
MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS

() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () MACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FLUTUANTE
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
RLHA: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VNG PALPÁVEL
EVACUAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPA () CONCENTRADA
() HEMATÚRIA () COLÚRIA () OLGÚRIA () POLÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() Desequilíbrio
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA QUEIMAS
() AUTOCUIDADO PERTURBADO
() DIARREIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO
() OUTROS:

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____ / ____ H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABECEIRA ELEVADA ____
() ASPIRAR VAS /TOT ____
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA QUEIMAS ALGICAS
() ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____ / ____ H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENSAO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACETIAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEIUM A PARTIR DAS: ____ H
() REALIZAR DEXTRO ____ / ____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____ / ____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM: ____
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEMARUAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.

OUTRAS
CONFERE COM ORIGINAL

Em 01/08/2020

ASS: José Augusto

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE FEMUR DIREITO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
		LEITO	309	DATA	24/7/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				15 18 24 08 12
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				10 22 51 SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				NTF SN
10	CEFALOTINA 500MG EV 6/6H				06 12 18 24 NTF
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
13	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
14	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				16
15					
16	Retirar SVD				14
17					
19					
20					
22					
23	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, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA	PA	FC	Diurese	TEMP	
6 H	113/84	122	+		+
12 H	100/70	109	some	37.0	+
18 H	100/65	102	500ml	36.8	+
24 H	100/74	113	+		

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

Marcos Vinicius G. Barbosa
ENFERMEIRO
COREN- 243 405

Obs! Paciente relata alergia a tetracilina!

CONFERE COM ORIGINAL

Em 07/08/2020

Ass.: marcos vinicius g. barbosa

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: _____ HD _____

DATA: ____/____/____ SEXO: () M () F IDADE _____ PESO _____ KG. LETO _____ • ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()			
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()			
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()			
DRENOS: SIM () NÃO ()			

LESÕES



IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚTICO () TAQUIPNEÚTICO () BRADIPNEÚTICO () DISPNEÚTICO
MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILUS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORTEMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____ FREQÜÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () V.M.G PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE:

() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPIDA () CONCENTRADA
() HEMATÚRIA () COLOÚRIA () OLGÚRIA () POLÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () ENFRENTAMENTO INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- () RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
- () DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
- () FADIGA
- () INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- () RISCO PARA QUEIDAS
- () RISCO PARA LESÃO
- () AUTOESTIMA PERTURBADA
- () DIARREIA
- () CONSTIPAÇÃO
- () RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
- () DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
- () COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- () RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
- () DOR
- () HIPOTERMIA
- () HIPERTERMIA
- () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- () PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
- () DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
- () CONFORTO PREJUDICADO
- () DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO
- () OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
- () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
- () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____ H
- () MANTER MONITORIZAÇÃO
- () MANTER CABECEIRA ELEVADA ____
- () ASPIRAR VAS /TQT ____
- () VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
- () ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
- () ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
- () OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
- () MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
- () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____/____ H
- () OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
- () VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
- () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
- () VERIFICAR DISTENSO ABDOMINAL
- () ESTIMULAR E REGISTRAR ACETUAÇÃO DA DIETA
- () MANTER JEJUM A PARTIR DAS: ____ H
- () REALIZAR DEXTRO ____/____ HORAS
- () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
- () ORIENTAR AUTOCUIDADO
- () REALIZAR BANHO NO LETO
- () REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____/____ H
- () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
- () PREPARAR PARA EXAMES EM:
- () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
- () ESTIMULAR DEMARUAÇÃO
- () OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.

CONTINUE COM ORIGINAL

Em ____/____/____

ASS: *Marcelo Queiroz*

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE FEMUR DIREITO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
		LEITO	309	DATA	25/7/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				18 24 06 12
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8h SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
10	CEFALOTINA 500MG EV 6/6H				06 12 18 24
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
13	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
14	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				16
15					
16	ALTA HOSPITALAR				
17					
19					
20					
22	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
23	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, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.					
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
SINAIS VITAIS 6 H 12 H 100/70 50/4 18 H 24 H FC FR TEMP 36,4°C Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015 Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124 Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038 Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231					

CONFERE COM ORIGINAL

Em 07/08/2020

Ass: mariafernanda



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO:

309

3A

Nome:

Wanyara Jaise

DATA:

28/07/20

Localização / Região



☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ outra: _____

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

Dor:

☐ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor

Condição da pele
Perilesional:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Entema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras _____

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☒ AGE ☐ Outro: _____

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

01-

02-

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

Rose Girele Gomes
Enfermeira
COREN-RJ 366.855

OBS:

OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 07 / 08 / 2020

Ass:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU/SUS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RORAIMA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: **MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA** 29 ANOS
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: **24/6/2020**, COM
DIAGNÓSTICO DE **FRATURA SUBTROCANTERICA DE FEMUR DOREOTA** E NO DIA
23/7/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
OSTEOSSINTE SENDO
OPERADO PELO DOUTOR **DR. JESUS** E P/ DR **DR. CARLOS HENRIQUE**
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA **25/7/2020** ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL**
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM **02 (DUAS)** SEMANAS
COM **DR. JESUS**.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. JESUS E MARCELO A.

sábado, julho 25, 2020
CONFERE COM ORIGINAL

Em 07/08/2020

Ass.: Marcelo A. Silva

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

Marcelo A. Silva
Médico



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SESAU
HOSPITAL DAS CLÍNICAS Dr. Wilson Franco

SERVIÇO SOCIAL
FICHA SOCIAL

DATA 23/07/20

1.1 - DADOS PESSOAIS DO PACIENTE

NOME:	Maiana Torres Macedo da Silva		
MÃE:			
DATA DE NASC.:	03/11/1990	IDADE:	29
Nº SUS:	700 0077 1812 8002		
C.P.F.:	007.415.302-10	R.G.:	240533
SSP:	DATA EXPEDIÇÃO:		
ESTADO CIVIL:	solteira	CÔNJUGE:	
ENDEREÇO:	Av. Padre Anchieta, 1093 - São João Leite		
MUNICÍPIO:	Boca Vista	NACIONALIDADE:	
FONE:	99168-1731		
DIAGNÓSTICO:	Acidente de trânsito (Fratura do Fêmur)		LEITO:
			309

1.2 - DADOS DO ACOMPANHANTE

DADOS DO ACOMPANHANTE	Maria José (Mãe)
ENDEREÇO	
TELEFONE	
CARTÃO SUS	

1.3 - EVOLUÇÃO:

Paciente realizou cirurgia do fêmur dia 23/07.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 07/08/2020

Ass.: Mauro Monteiro



HOSPITAL DAS CLÍNICAS Dr. WILSON FRANCO/SIAPS

TRIAGEM PSICOLÓGICA

1. Identificação:

Nome: Mariana Jose M. da Silva Bloco: 3A Leito 309

Idade: 29 Estado Civil: Solteira

Número de prontuário: —

Profissão: Atendente

Com quem reside: Família (pais)

Informante: mãe

2. Condição:

Acompanhante durante a internação ☒ Sim ☐ Não

Quem?: Maria José M. Silva (mãe)

Rede de Apoio (descrição, principais referências): —

Limitações: ☐ auditiva ☐ visual ☒ motora ☐ fala ☐ Outra:

Limitações devido ao diagnóstico atual: ☐ Sim ☒ Não

Quais? locomoção

Informações em relação ao adoecimento (Como, quando e porque):

Acidente. Processos pós cirúrgicos. Fratura fêmur.

Fatores de proteção:

Fatores de risco:

Necessidade de atendimento psicológico: ☐ SIM ☒ NÃO

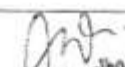
Observações Adicionais:

Bem emocionalmente. Próximo de alta

Médico de Referência: —

Profissional responsável: Cristiane Almeida

Data da Triagem: 23/07/2020


Cristiane B. de Carvalho
Psicóloga
CRP: 20/04141

CONFERE COM ORIGINAL

Em 07/08/2020

Ass.: Maurício Freitas

309

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

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____

PACIENTE RAYAN TOLLE MILITÃO DA SILVA

AGNÓSTICO FRANCISCA SUBTROCENITE FERREIRA DA SILVA

ALERGIAS NENHUMA HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE _____ LEITO _____ DATA 23/07/20

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manhã
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SND 12:55
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	16 22 04
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SND
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SND
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	16 24
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SND 12:40
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	16 22 04
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	18 06
12	CÁPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SND
13	SSVV + CCGG 6/6 H	18h30
14	CURATIVO DIÁRIO	18h30
15		
16	<u>Retornar a Hemizioterapia</u>	
17		
18		
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: RX: # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

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

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CONFERE COM ORIGINAL
 Em 07/08/2020
 Ass: Francisca Subtrocenite

AP
D

CONFERE COM ORIGEM
A JOISE M DA SILVA Data: 06/07/2000 14:00
VALDINEI P: 74070 ID: 029 Sex: F

CONFERE COM ORIGEM

Em 07/08/2020

Ass: Mauro Monteiro



Laboratório Boa Vista

Paciente: MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA

Dr(a): LOAMIR VIANA

Data da Entrada: 27/06/2020

Acomodação/leito B 48 RG:

Pedido: 010033221

Idade: 29A 7M 24D

Convênio: HOSPITAL LOTTY IRIS

CPF:

Hemograma Completo

Data de Coleta: 27/06/2020 07:37

Material biológico: Sangue Total/EDTA

SÉRIE VERMELHA

Hemácias	2,94 milh./mm ³
Hemoglobina	9,6 g/dL
Hematócrito	27,8 %
V.C.M.	94,6 fL
H.C.M.	32,7 pg
C.H.C.M.	34,5 g/dL
R.D.W.	11,9 %

Valores Referenciais

4,04 a 6,5

12,2 a 18,1

35,5 a 53,7

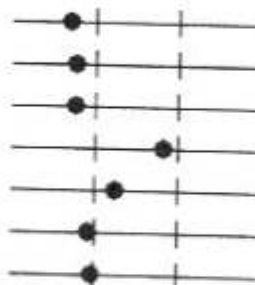
80,0 a 97,0

27,0 a 31,2

31,8 a 35,4

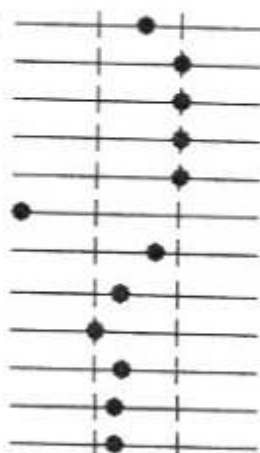
12,0 a 15,0

Método: Automatizado



SÉRIE BRANCA

	%	/mm ³	%	/mm ³
Leucócitos		7.850		4.600 a 10.200
Blastos	0	0	0	0
Pró-mielócitos	0	0	0	0
Mielócitos	0	0	0	0
Metamielócitos	0	0	0	0
Bastonetes	0	0	0	0
Segmentados	63	4.946	1 a 5	150 a 600
Eosinófilos	3	236	30 a 60	1.380 a 6.120
Basófilos	0	0	0 a 7	0 a 714
Linfócitos	30	2.355	0 a 2	0 a 204
Linfócitos Atípicos	0	0	25 a 45	1.150 a 4.590
Monócitos	4	314	0	0
Plaquetas		207.000 mm ³	0 a 12	0 a 1.224



V.P.M. 8,9

7,0 a 10,0

Observação: Moderada Eritropenia e Discreta Neutrofilia.

Marcos Macário Cruz De Araújo
CRF/RR - 727

CONFERE COM ORIGINAL

m 07/08/2020

Ass: J. Maria J. Monteiro

Rua: José Coelho nº 72 Bloco C - 2º Andar Sala A - Centro CED- 60204-300



Laboratório
Boa Vista

Paciente: MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA

Dr(a): LOAMIR VIANA

Data da Entrada: 27/06/2020

Acomodação/leito B 48 RG:

Pedido: 010033221

Idade: 29A 7M 24D

Convênio: HOSPITAL LOTTY IRIS

CPF:

Uréia

Data de Coleta..... 27/06/2020 07:37

Material biológico: Soro

Método: Enzimático / automatizado

Valores Referenciais

15,0 a 40,0 mg/dL

Resultado..... 17,7 mg/dL

Glicose em Jejum

Data de Coleta..... 27/06/2020

Material biológico: Soro

Método: Enzimático / automatizado

Valores Referenciais

65,0 a 99,0 mg/dL

Resultado..... 76,0 mg/dL

Creatinina

Data de Coleta..... 27/06/2020 07:37

Material biológico: Soro

Método: Jaffé sem desproteinização

Valores Referenciais

Adulto : 0,40 a 1,40 mg/dL

Resultado..... 0,74 mg/dL

CONFERE COM ORIGINAL

m 07 / 08 / 2020

Ass: *Marcos Macário Cruz De Araújo*

Marcos Macário Cruz De Araújo
CRF/RR - 727

Rua: José Coelho nº 72 Bloco C, 2º Andar, Sala A - Centro CEP: 69301-300

Fone: (95) 3224-8263 - Boa Vista-RR

Email: laboratorio.boavista@hotmail.com - Site: www.laboratorioboavista.com.br



Laboratório
Boa Vista

Paciente: MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA

Dr(a): LOAMIR VIANA

Data da Entrada: 27/06/2020

Acomodação/leito B 48 RG:

Pedido: 010033221

Idade: 29A 7M 24D

Convênio: HOSPITAL LOTTY IRIS

CPF:

Coagulograma

Data de Coleta: 27/06/2020 07:37

Material biológico: Plasma Citratado

Método: Coagulométrico
Valores Referenciais

Tempo de Protombina..... 13,4 Segundos
Fibrinogênio..... 78,1
I.N.R..... 1,15
Tempo de Tromboplastina Parcial..... 29,60 Segundos
Contagem de Plaquetas..... 207.000 /mm³

10 a 14 segundos
70 a 100%
0,90 a 1,10
27-38 segundos

150.000 a 450.000 /mm³

Marcos Macário Cruz De Araújo
CRF/RR - 727

CONFERE COM ORIGINAL

m 07/08/2020

SS: *Mauro Fontes*

Rua: José Coelho nº 72 Bloco C, 2º Andar, Sala A - Centro CEP: 69301-300

Fone: (95) 3224-8263 - Boa Vista-RR

Email: laboratorio.boavista@hotmail.com - Site: www.laboratorioboavista.com.br

D



MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA 5355

HOSPITAL CORONEL MOTA

Ana Quezia

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SANTA INÊS - MA

09/12/1978

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

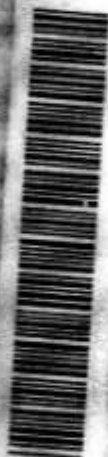
AMADEU ROCHA TRIANI

2 VIA

Perito Papiloscópico do Polícia Civil
Diretor de Ident.

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA

FILIAÇÃO: JOSE SOUSA DA SILVA

MARIA JOSE MACEDO DA SILVA

NASCIMENTO: 03/11/1960

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

SEXO: FEMININO

NATURALIDADE: SANTA LUZIA - MA

DOCUMENTO: R.G. 240.833 BESP IN 21/06/2001

LEI Nº 9.042, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF: 037.415.302-10

TÍT. ELEITOR: 003991102658

CNR

SEÇÃO: 0256

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SÍTTERO - 07/07/2009

ZONA: 003

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200370792 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA **Data do acidente:** 24/06/2020 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCABTERICA DE FÊMUR DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS) 2,24
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL DIREITO

**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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293207/20

Vítima: MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA

CPF: 007.415.302-10

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 24/06/2020

Titular do CPF: MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA : 007.415.302-10

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 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: 15/10/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Mayara Joaze Macedo da Silva
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: autônomo RG: 246.533 SSP
CPF: 007.915.302-10 ENDEREÇO: AV Madre Joze de Almeida 1053
BAIRRO: Silvio Lodi CIDADE: Brasília
CEP: 69.314-316

VÍTIMA: Mayara Joaze Macedo da Silva
CPF: 007.915.302-10 DATA DO ACIDENTE: 24/06/2020
NATUREZA: ☐ DMS ☒ INVALIDEZ ☐ MORTE

OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 823.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC 11, 249 Laura Moreira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Brasília RR, 19 de Agosto de 2020

x Mayara Joaze Macedo da Silva
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293207/20

Vítima: MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA

CPF: 007.415.302-10

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 24/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA : 007.415.302-10

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 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: 15/10/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200370792

Vítima: MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA

Data do Acidente: 24/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA

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\$ 1.687,50

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: MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000029920-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:

007.415.302-10

4 - Nome completo da vítima:

Mayara Feijó Macedo da Silva

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

5 - Nome completo:

Mayara Feijó Macedo da Silva

6 - CPF:

007.415.302-10

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

AV. Padre João de Almeida

9 - Número:

1033

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Al. Sálvio Leite

12 - Cidade:

Bacajuba

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.314-316

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

99113-3855

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

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

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:

Itaú

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

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 a 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 discordo 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

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

☐

Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐

Sim

☐

Não

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

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:

Bacajuba RR 29 de Setembro de 2020

X

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC 001 0003/2016

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00028867/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/09/2020 16:01:13 Data/Hora Fim: 25/09/2020 16:01:13
Origem:
Delegado de Polícia: Simone Arruda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 24/06/2020 15:10

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Dr. Silvio Leite
Logradouro: Rua TV dos Macuxi com C-29
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1225: DEIXAR O CONDUTOR DO VEÍCULO, EM ACIDENTE, DE PRESTAR IMEDIATO SOCORRO À VÍTIMA, AINDA QUE A SUA OMISSÃO SEJA SUPRIDA POR TERCEIROS OU QUE SE TRATE DE VÍTIMA COM MORTE INSTANTÂNEA OU COM FERIMENTOS LEVES (ART. 304 PARÁGRAFO ÚNICO DA LEI 9.503/1997 - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)**Nome Civil: MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA (COMUNICANTE , VÍTIMA)**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 03/11/1990 Idade 29
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria José Macedo da Silva Naturalidade: Santa Luzia - MA
Nome do Pai: José Sousa da Silva

Documento(s)

RG: 240.533
CPF: 007.415.302-10

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Av Pe Anchieta Nº: 1053-1
Bairro: Dr. Silvio Leite CEP: 69.314-316
Telefone: (95) 99168-1731

Nome Civil: CONDUTOR DO VEICULO (PLACA NOW-6997) (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 018.455.732-18	Placa NOW6997
Renavam 00226660656	Número do Motor 310A2011*9596706*
Número do Chassi 9BD17350MB4331788	Ano/Modelo Fabricação 2011/2010
Número da Carroceria 76372663	Cor CINZA



Impresso por: Hualacy Seelig Soares de Souza
Data de Impressão: 25/09/2020 16:14:35

Página 1 de 3
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00028867/2020

UF Veículo AM	Município Veículo Manaus
Marca/Modelo FIAT/PALIO WEEK TREKKING	Veículo Adulterado? Não
Situação Meio Empregado, Envolvido	Última Atualização Denatran 18/09/2019
Situação do Veículo RENAINF - COMUNICACAO_DE_VENDA	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Condutor do Veículo (placa Now-6997)	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 618.248.952-91	Placa NAW5248
Renavam 01032721402	Número do Motor JC48E2F503498
Número do Chassi 9C2JC4820FR503498	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Cor PRATA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Veículo Adulterado? Não	Situação Meio Empregado, Envolvido
Última Atualização Denatran 01/09/2020	Situação do Veículo RENAINF - ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS
Nome Envolvido	Envolvimentos
Mayara Joise Macedo da Silva	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE a comunicante através do número telefônico (95) 99168-1731, entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP para relatar o seguinte fato: Que no dia 24/06/2020, por volta das 15h:10min da Tarde, a comunicante trafegava em sua motocicleta particular, de marca HONDA, modelo BIZ 125 ES, de placa NAW-5248; QUE neste momento trafegava na Rua TV dos Macuxi no bairro; Dr. Silvio Leite/RR/BV; QUE ao trafegar até o cruzamento da rua C-29, um automóvel de placa NOW-6997 invadiu a preferencial e colidiu bruscamente a comunicante; QUE o veículo automotor tentou empreitar fuga saindo do local do acidente sem prestar socorro a comunicante e foi impedido por populares que socorreram a comunicante; QUE foi nesse momento alguns populares ajudaram a comunicante, e ligaram para a equipe do SAMU comparecer ao local; QUE a Polícia Militar não foi acionada; QUE o condutor do veículo chegou a ameaçar algumas pessoas no local inclusive a comunicante, que afirmou que estava armado; QUE a equipe do SAMU, chegou no local e realizaram os primeiros socorros e realizaram o traslado da comunicante para Hospital Geral de Roraima e HGR; QUE após o acidente, até a presente data o condutor do veículo que atingiu a comunicante não ressaiu nenhum valor pecuniário ao Dano do veículo; QUE a comunicante deseja representar criminalmente em desfavor do condutor desse veículo, pelas lesões que sofreu **(Documentação-médica em anexo)**.

QUE a comunicante confere e recebe a presente fotocópia desse boletim de ocorrência e nesse ato informo para os devidos fins de direito para a comunicante que ela poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00028867/2020

ASSINATURAS**Hualacy Seelig Soares de Souza**

Chefe de Seção

Matrícula 020116684

Responsável pelo Atendimento

Mayara Joise Macedo da Silva

Comunicante, Vítima

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

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:

007.415.302-10

4 - Nome completo da vítima:

Mayara Feijó Macedo da Silva

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

5 - Nome completo:

Mayara Feijó Macedo da Silva

6 - CPF:

007.415.302-10

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Av. Padre João de Almeida

9 - Número:

1033

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Al. Sálvio Leite

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.314-316

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

99113-3855

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

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

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:

Itaú

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

6933

CONTA:

99920

(Informar o dígito se existir)

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

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 a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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 discordo 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:

☐

Sim

☐

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

34

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 RR 29 de Setembro de 2020

X

Mayara Feijó Macedo da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

nc 001 0007/2010

TESTEMUNHAS

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000029920-0

Autenticação:

D9D13B678B17EA5B00EC57FFFFBB9E046405BEFF89FD129479BD3D5F0F633798

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

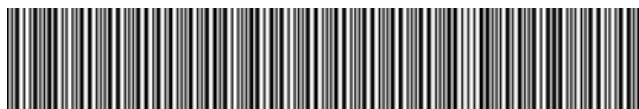
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Mayara Feire Macedo de Silveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.415.302 / 10,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Mayara Feire Macedo de Silveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.415.302 / 10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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 CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>W.Franco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel. (DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 29 de Setembro de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante