

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:  
2983479820210219174048

Processo 0802409-35.2021.8.23.0010 ☆ - (17 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário  
Assunto Principal: 9597 - Seguro  
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao



Data do Movimento(Período):

à

7 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 7

500 por pág. ▾1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>⊖</div> 7	19/02/2021 17:40:48	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div><div>7.1 Arquivo: Petição</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2784779CONTESTACAO01.pdf</div><div>Público</div></div> <div><div>7.2 Arquivo: DOCS</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2784779CONTESTACAOAnexo02.pdf</div><div>Público</div></div> <div><div>7.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>KIT SEGURADORA LDER.pdf</div><div>Público</div></div>			
<div>⊕</div> 6	05/02/2021 09:29:04	CONCEDIDO O PEDIDO	EDUARDO MESSAGGI DIAS Magistrado
5	02/02/2021 15:54:54	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	02/02/2021 15:54:54	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	02/02/2021 15:54:54	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ
		Registro de Distribuição	
2	02/02/2021 15:54:54	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	SISTEMA CNJ
		5ª Vara Cível	
<div>⊕</div> 1	02/02/2021 15:54:53	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado

		<b>GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA</b> Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação/Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.		Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.		Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.					
2001251970		24/06/2020 15:40:53		<b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>				TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		26	
<b>Paciente</b> MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA				<b>Data Nascimento</b> 03/11/1990		<b>Idade</b> 29 A 7 M 21 D		<b>CNS</b> 700007718128002		<b>CPF</b>		<b>Prontuário</b>	
<b>Tipo Doc</b> IDENTIDADE		<b>Documento</b> 240533		<b>Órgão Emissor</b> SSP		<b>Data Emissão</b> 21/04/2001		<b>Sexo</b> F		<b>Estado Civil</b> UNIAO		<b>Raça/Cor</b> PARDA	
<b>Mãe</b> MARIA JOSE MACEDO DA SILVA		<b>Endereço</b> AVENIDA - PRINCESA ISABEL - 4246 - SANTA TEREZA - BOA VISTA - RR		<b>Contato</b> (95) 99121-7192		<b>Ocupação</b>		<b>Naturalidade</b> BOA VISTA - RR		<b>Nacionalidade</b> BRASILEIRA			
<b>Class. de Risco</b>		<b>Plano Convênio</b> SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		<b>Nº da Carteira</b>		<b>Validade</b>		<b>Autorização</b>		<b>Sis Prenatal</b>			
<b>Motivo do Atendimento</b> ACIDENTE DE MOTO		<b>Caráter do Atendimento</b> URGÊNCIA		<b>Profissional do Atend.</b>		<b>Procedência</b>		<b>Temp.</b>		<b>Peso</b>		<b>Pressão</b>	
<b>Setor</b> GRANDE TRAUMA		<b>Tipo de Chegada</b> DEMANDA ESPONTANEA		<b>Procedimento Sol.</b>		<b>Registrado por:</b> ANTONIA.SOARES							
<b>Queixa Principal</b>				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue									
<b>Anamnese de Enfermagem</b>				<b>GSC</b> AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				<b>TOTAL</b>					
<b>Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)</b> Trasido pelo SAMU, vítima de acidente de moto, condutor de moto, usava capacete. Queixa de dor em Joelho e Coxas D. Exame Físico Estável, eupneico, ECG: 15 Hipótese Diagnóstica Dor e deformidade em joelho de coxa D.													
<b>SADT - Exames Complementares</b> <input checked="" type="checkbox"/> RAO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:													
<b>PRESCRIÇÃO</b> 1 Difenidramina 25mg 2 Paracetamol 500mg Anel. O Ato 13017. Tramadol 100mg IM. 17/06/2020				<b>APRAZAMENTO</b>				<b>OBSERVAÇÃO</b>					
<b>Conduta</b> <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: Pedro Lima Médico CRM-RR 2142				<b>Dr. Luiz Fernando Rodrigues</b> Cirurgia Geral - 559 RQE 154 / CRM-PA 15592				<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / /					
<b>óbito</b> Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				<b>Destino:</b> <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica									
<b>Assinatura do Paciente ou Responsável</b>				<b>Carimbo e Assinatura do Médico</b>									
Impresso por: antonia.soares Data Hora: 24/06/2020 15:41:40													
<small>© 2001 - Secretaria de Estado da Saúde RORAIMA - Todos os direitos reservados Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 69200-000 - Boa Vista - RR</small>													



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 24.06.20

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

na 7ª de 10h  
hoje no PM

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente no leito

- Aberto, atenuado

- Colocar o material local por. por

- Colocar o fio de PDS 3mm

- para 4h

- curativo

Dr. João A. Lopes Am.  
CRM-RR 554



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Marlene Jose Manoel da Silva	GT		24/06/20

TIPO	CIRURGIA	TEMPO DE DURAÇÃO
laparotomia exploratória		INICIO FIM TEMPO TOTAL
		18:15 18:30

CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA
Dr. Jesus	ANESTESISTA:
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
	CIRCULANTE

TIPO DE ANESTESIA:	TEMPO DE DURAÇÃO:
local	18:15 18:30

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500ml
1	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	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	1 (f) (m)		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº	22		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	cotela 0.2
	SERINGA 01ML			SURGICEL 2g/100ml	
	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSO	Algodão 30cm
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	Algodão 0.2
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
	Alcool 300ml			OUTROS:	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Carla	SUB- TOTAL		
ENCARREGADO/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					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	NAYARA JOLY NACHTAL DA SILVA				
AGNOSTIC	FRAÇÃO METABOLICA. PEN. II				
ALERGIAS	NENHUMA				
IDADE	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
LEITO			DATA	24/06/21	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			→ SUP	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			→ manhã	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			→ SAJ	
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			→ SAJ	
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			→ SAJ	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			sup.	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H			→ SAJ	
14	CURATIVO DIÁRIO			→ 06h	
15	NÃO TRATAR			→ m	
16					
17	Ao W e Retorno				
18					
19	Alust. p/ Cirurgia				
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	RAYAN JOLY - NOME: JOLY				
AGNÓSTICO	FRATURA (LATERAL) FEM - R				
ALERGIAS	NENHUMA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
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 + SF 0,9% 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	Salvador - por Cirurgião				
19					
20					
21					

**SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SR), 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: # CONDUZA: 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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU/SUS  
HOSPITAL DAS CLINICAS 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

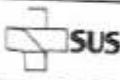
*Don Silva Martins*  
Médico  
CRM-RR 2038



Anexo I

transm. 24/06/20

GRANDE TRAUMA

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
<b>Identificação do Paciente</b>			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - Nº DO TELEFONE	
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA			
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
28 - DOCUMENTO			
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO			
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
36 - CNPJ DA SEGURADORA			
37 - Nº DO BILHETE			
38 - SÉRIE			
39 - CNPJ EMPRESA			
40 - CNAE DA EMPRESA			
41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR			
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
46 - DOCUMENTO			
47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			



Laudo de Internação (Martha Aurora) ...

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
----------------------------------	----------------------------------	----------------------	-------------------

NR 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 p/ Contato (95) 99121-7192
---	------------------------------------

Endereço AVENIDA - PRINCESA ISABEL	Numero 4246	Bairro SANTA TEREZA
---------------------------------------	----------------	------------------------

Município BOA 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 <input type="checkbox"/> Nasc Morto <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Trans <input type="checkbox"/> Óbito
--	---

## Procedimentos Realizados

Ordem	Tipo	Ato/Procedimento	Cod Ops	CPF/CNPJ	CRM	CBO	QNT	CUTI
01	07		20	01	1904		01	
02	07				2030		01	
03	01	04.01.01.0015			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
------------------------	----------------	-------------	-------------

CRABR 1415  
CRABR 1415  
CRABR 1415

CONFERE COM ORIGINAL

Em 07 / 08 / 2020

Ass: *João Fontes*



 <b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE Hospital das Clínicas Dr. Wilson Franco		4 - CNES	
<b>Identificação do Paciente</b>			
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. <input type="checkbox"/> Fem. <input checked="" type="checkbox"/>		10 - RAÇA/COR	
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF	
19 - CEP			
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS 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			
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
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			
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ DA SEGURADORA	
40 - Nº DO BILHETE		41 - SÉRIE	
42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA	
44 - CBOR		45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
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	
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0208010019			

**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				
3	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
4	PLASIL 10MG EV 8/8H (S/N)				
5	TRAMAL 100MG + SFO, 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				
9	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
10	CIPROFLOXACINO 400mg EV ou 500mg VO 12/12h				
11	SSVV + CCGG 6/6H				
12	CURATIVO				
13	DESMAMAR SVD E RETIRAR PDR MANUT				
14					

Don Silva Martins  
Médico  
CRM-RR 2038

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 +

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 105		

CONFERE COM ORIGINAL

Em 07/08/2020

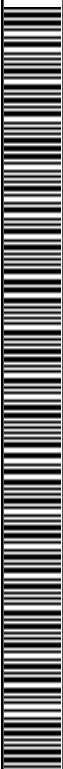
Ass.: Maria Suenete



## SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Mayara Jose Macedo ID: \_\_\_\_\_  
DATA: 23/07/20 SEXO: ( ) M ( ) F IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ KG. LEITO: 809 • ALÉRGICO? \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS					
CATER central	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA		
CATER PERIFÉRICO	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA		
SONDA VESICAL	SIM ( ) NÃO ( )	DATA	DATA		
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM ( ) NÃO ( )	DATA	DATA		
SONDA NASOENTERAL	SIM ( ) NÃO ( )	DATA	DATA		
DRENOS	SIM ( ) NÃO ( )	QUAL?	DATA		
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 ( ) ISOCÓNICAS ( ) ANISOCÓNICAS ( ) MIDRIÁTICA					
ACUIDADE VISUAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDA					
ACUIDADE AUDITIVA: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDA					
VIAS AÉREAS SUPERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: ( ) FAVORÁVEL ( ) RAZOÁVEL ( ) PRECÁRIA					
OBS: _____					
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO					
EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO					
DOR INSPIRATÓRIA: ( ) SIM ( ) NÃO					
FREQUÊNCIA: ( ) EUPNEÚICO ( ) TAQUIPNEÚICO ( ) BRADIPNEÚICO ( ) DISPNEÚICO					
MÚRMUROS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES TOSSSE: ( ) AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO _____					
RUÍDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) RONCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBLOS					
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:					
( ) HÍDRATAÇÃO ( ) ÚMIDA ( ) DESIDRATADA ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) PALÍDIA ( ) 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 ( ) FILIFORME					
PULSO: ( ) NORMAL ( ) TAQUICÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO ( ) AUSENTE					
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____					
APARELHO GASTROINTESTINAL					
APETITE: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDO ( ) AUMENTADO					
ESTADO NUTRICIONAL: ( ) NUTRIDO ( ) DESNUTRIDO					
R.H.A: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES ABDOME: ( ) FLÁCIDO ( ) DISTENDIDO ( ) TENSO ( ) AGUDO ( ) VMG PALPÁVEL					
HEMÁTICAS/NUMEROS/EPISÓDIOS: _____ ( ) NORMAL ( ) DIARRÉIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MILENA					
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE:					
( ) ESPONTÂNEA ( ) ESTIMULADA ( ) CISTOSTOMIA ( ) SVD ( ) LIMPA ( ) CONCENTRADA					
( ) HEMATÚRIA ( ) COLÚRIA ( ) OLIGÚRIA ( ) POLIÚRIA ( ) DISÚRIA ( ) ANÚRIA					
DIAGNÓSTICO					
( ) RISCO DE INFECÇÃO					
( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ					
( ) INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA					
( ) TROCA GASOSA PREJUDICADA					
( ) ANSIEDADE					
( ) MEDO					
( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ					
( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO					
( ) DESOBTURÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS					
( ) FADIGA					
( ) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE					
( ) RISCO PARA Quedas					
( ) AUTODESTIMA PERTURBADA					
( ) DIARRÉIA					
( ) 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 DIMINUÍDO					
( ) 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 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA					
( ) ATENTAR PARA QUEIXAS ALÉRGICAS					
( ) ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS					
( ) OBSERVAR PERÚSO 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 DISTENÇÃO ABDOMINAL					
( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACITAÇÃO DA DIETA					
( ) MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H					
( ) REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS					
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSSO					
( ) ORIENTAR AUTO CUIDADO					
( ) REALIZAR BANHO NO LEITO					
( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ / _____ H					
( ) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO					
( ) PREPARAR PARA EXAMES EM: _____					
( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO					
( ) ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO					
( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.					
( ) OUTRAS: _____					
CONFERE COM ORIGINAL					
Em _____ de _____ de 2020					
Ass: _____					





309 MAYARA JOISE

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <b>MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA</b>					
DIAGNÓSTICO <b>FRATURA DE FEMUR DIREITO</b>					
ALERGIAS		NEGA	HAS	NEGA	DM2
		LEITO	309	DATA	24/7/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
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 06 12
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				10 22 15 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				NTF (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 E					
6 H	113/84	122	+		+
12 H	100/70	109	some	37.0	+
18 H	100/65	102	some	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					

Obs! Paciente relatou alergia a tetracil!

Marcelo Vinicius G. Barbosa  
ENFERMEIRO  
COREN- 243 405

CONFERE COM ORIGINAL

Em 07/08/2020

Ass.: Marcelo Vinicius G. Barbosa

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ8SN BAJWP 2RQW5 87KSK





## 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

CATERER CENTRAL	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
CATERER PERIFÉRICO	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL	SIM ( ) NÃO ( )	DATA	
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM ( ) NÃO ( )	DATA	

#### LESÕES

*28/02/2021*

#### 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 ( ) COMATOSO ( ) DESORIENTADO  
PUPILAS: ( ) REAGENTE ( ) NÃO REAGENTE ( ) ISOCÔNICAS ( ) ANISOCÔNICAS ( ) MIDRIÁTICA  
ACUIDADE VISUAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINUIDA  
ACUIDADE AUDITIVA: ( ) 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: ( ) EUPNEÚICO ( ) TAQUIPNEÚICO ( ) BRADIPNEÚICO ( ) DISPNEÚICO  
MURMÚRIOS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES TOSSSE: ( ) AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO  
RUIDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) AUSENTE ( ) RONCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBILOS  
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/MUCOSAS:

( ) HÍDRATAÇÃO ( ) ÚMIDA ( ) DESIDRATADA ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) PALIDA ( ) RUBORIZADA ( ) ICTERÍCA  
( ) CIANÓTICA ( ) ACTINÓTICA ( ) ACROCIANÓTICA  
TEMPERATURA DA PELE: ( ) NORTERMICA ( ) 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: \_\_\_\_\_ FREQUÊNCIA: \_\_\_\_\_

#### APARELHO GASTROINTESTINAL

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

#### APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE:

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

#### DIAGNÓSTICO

( ) RISCO DE INFECÇÃO  
( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ  
( ) INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA  
( ) TROCA GASOSA PREJUDICADA  
( ) ANSIEDADE  
( ) MEDO  
( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ  
( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO  
( ) DESOBTURADA  
( ) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA  
( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

#### PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

( ) MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS  
( ) REALIZAR CUIDADOS COM VIAS  
( ) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE \_\_\_\_/\_\_\_\_ H  
( ) MANTER MONITORIZAÇÃO  
( ) MANTER CÂTECEIRA ELEVADA \_\_\_\_  
( ) ASPIRAR VAS /TOT \_\_\_\_  
( ) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA  
( ) ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS  
( ) OBSERVAR PERUSÃO 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 DISTENSÃO ABDOMINAL  
( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACETUAÇÃO 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 DEAMBULAÇÃO  
( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.

CONTINUE COM ORIGINAL

Em 02/08/2020

Ass: *João Alves Barbosa Filho*



Alta 309

309 MAYARA JOISE

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	ALTA HOSPITALAR				
16	Don Silva Martins				
17	Médico				
19	CRM/RR 2038				
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	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	100/70	64		36,4c	
18 H					
24 H					
					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

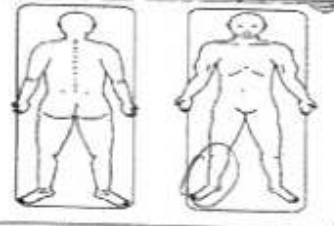
Página 5

Em 07/08/2020

Ass: *João Alves Barbosa Filho*



	<b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - HC</b>	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 309 3A		

Nome: <u>Mayara Jase</u>			
DATA: <u>28/07/20</u>	Localização / Região: <u>2111</u>		DATA: _____
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II			<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II
Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____		Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____	
Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor		Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Entema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____		Condição da pele Perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Entema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		Solução para limpeza: <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____		Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: _____ Em caso de + de 24hs: _____		Data da Próxima troca: _____ Em caso de + de 24hs: _____	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: <u>Rose Girele Gomes</u> Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Rose Girele Gomes</u> COREN: <u>32.366.855</u>		Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: _____ Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____	
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: Mauro Severina



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. NAO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES;
2. OMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO;
3. NAO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA;
4. QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE;
5. NAO 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.: João Silva Martins

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

João Silva Martins  
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 Joise 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 Anchietaz, 1053 - Silvrio Leite			
MUNICÍPIO:	Boca Vista	NACIONALIDADE:		
FONE:	99168-1731			
DIAGNÓSTICO:	Acidente de trânsito (Fratura do Femur)		LEITO:	309

1.2 - DADOS DO ACOMPANHANTE

DADOS DO ACOMPANHANTE	Maria Jose (mãe)
ENDEREÇO	
TELEFONE	
CARTÃO SUS	

1.3 - EVOLUÇÃO:

Paciente realizou cirurgia do femur 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: <u>Mariana Gouveia M. da Silva</u>	Bloco: <u>3A</u> Leito <u>309</u>
Idade: <u>29</u>	Estado Civil: <u>Solteira</u>
Número de prontuário: <u>—</u>	
Profissão: <u>Atendente</u>	
Com quem reside: <u>Família (pai)</u>	
Informante: <u>mãe</u>	
2. Condição:	
Acompanhante durante a internação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Quem?: <u>Maria José M. Silva (mãe)</u>	
Rede de Apoio (descrição, principais referências): <u>—</u>	
Limitações: <input type="checkbox"/> auditiva <input type="checkbox"/> visual <input checked="" type="checkbox"/> motora <input type="checkbox"/> fala <input type="checkbox"/> Outra:	
Limitações devido ao diagnóstico atual: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Quais? <u>locomoção</u>	
Informações em relação ao adoecimento (Como, quando e porque): <u>Acidente. Preciso por cirurgia. Fratura fêmur.</u>	
Fatores de proteção: <u>—</u>	
Fatores de risco: <u>—</u>	
Necessidade de atendimento psicológico: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
Observações Adicionais: <u>Bem emocionalmente. Próximos de alta.</u>	
Médico de Referência: <u>—</u>	
Profissional responsável: <u>Cristiane Almeida</u>	
Data da Triagem: <u>23/07/2020</u>	

*Cristiane B. de Carvalho Almeida*  
Psicóloga  
CRP: 20/04141

CONFERE COM ORIGINAL

Em 07/08/2020

Ass.: Manoelton Teles

309

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	MAYARA TOLE MILITAO DA SILVA				
AGNÓSTICO	FARMACIA SUBTROCANTINA FARMACIA DE				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	23/07/20	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Mantida
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 + SF0,9% 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 12:45
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				16 22 04
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				18 06
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SND
13	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
14	CURATIVO DIÁRIO				Rotina
15					
16	Retornar a Hemiz Patologia				
17					
18					
19					
20					
21					

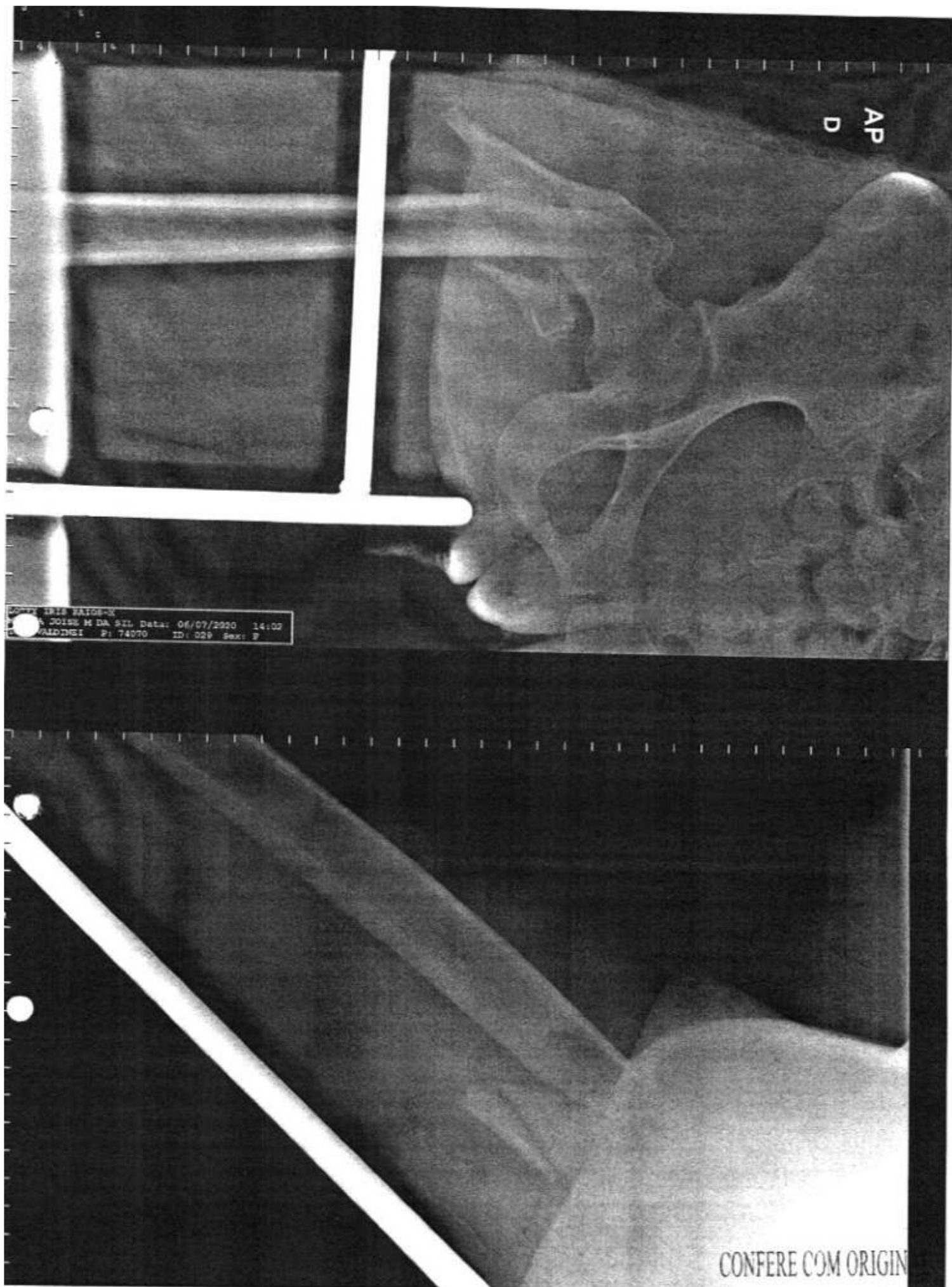
**SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:**  
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70  
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

**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: Maria Antonia



JOAO ALVES BARBOSA FILHO  
A JOISE M DA SILVA, Data: 06/07/2020 14:02  
WALDIR P: 74070 ID: 029 Sex: F

CONFERE COM ORIGINAL

Em 07/08/2020

Ass: *Joao Alves Barbosa Filho*





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 <sup>3</sup>
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

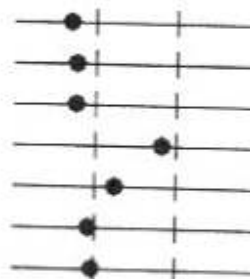
80,0 a 97,0

27,0 a 31,2

31,8 a 35,4

12,0 a 15,0

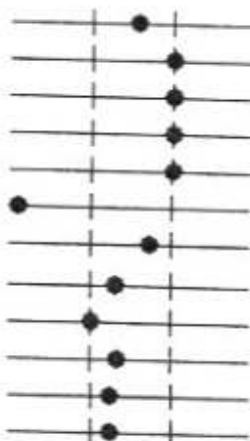
Método: Automatizado



### SÉRIE BRANCA

	%	/mm <sup>3</sup>
Leucócitos.....		7.850
Blastos.....	0	0
Pró-mielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	0	0
Segmentados.....	63	4.946
Eosinófilos.....	3	236
Neutrófilos.....	0	0
Linfócitos.....	30	2.355
Linfócitos Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	4	314

%	/mm <sup>3</sup>
	4.600 a 10.200
0	0
0	0
0	0
0	0
1 a 5	150 a 600
30 a 60	1.380 a 6.120
0 a 7	0 a 714
0 a 2	0 a 204
25 a 45	1.150 a 4.590
0	0
0 a 12	0 a 1.224



Plaquetas..... 207.000 mm<sup>3</sup> 140 a 400.000 /mm<sup>3</sup>

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: [Signature]

Rua: José Coelho nº 72 Bloco C - 2º Andar Sala A - Centro CEP: 69204-300





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

Resultado: 17,7 mg/dL

Método: Enzimático / automatizado

Valores Referenciais

15,0 a 40,0 mg/dL

### Glicose em Jejum

Data de Coleta: 27/06/2020

Material biológico: Soro

Resultado: 76,0 mg/dL

Método: Enzimático / automatizado

Valores Referenciais

65,0 a 99,0 mg/dL

### Creatinina

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

Material biológico: Soro

Resultado: 0,74 mg/dL

Método: Jaffé sem desproteinização

Valores Referenciais

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

CONFERE COM ORIGINAL

07/08/2021

Ass.: *[assinatura]*

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







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

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

Contagem de Plaquetas..... 207.000 /mm3

150.000 a 450.000 /mm3

Marcos Macário Cruz De Araújo  
CRF/RR - 727

CONFERE COM ORIGINAL

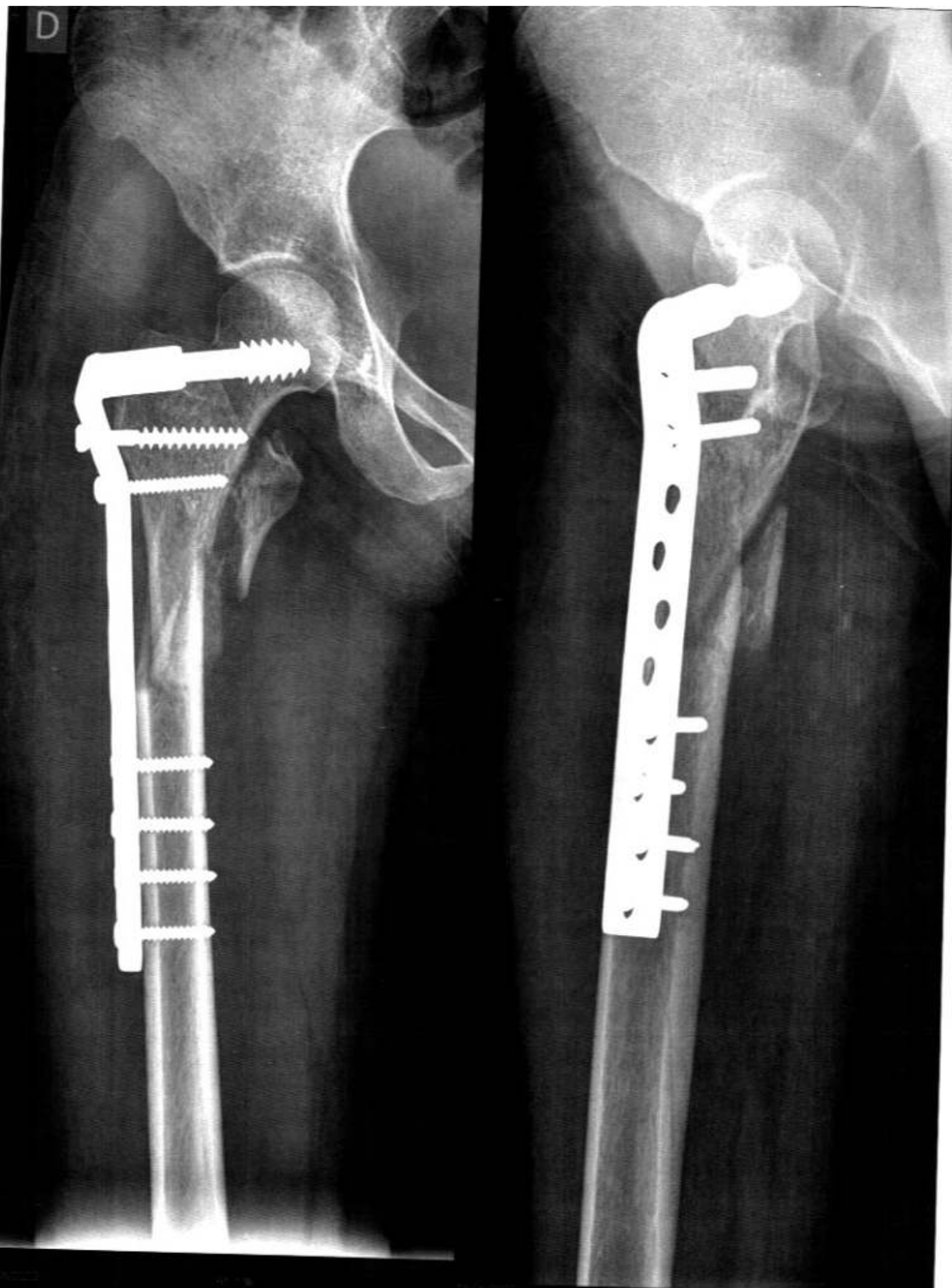
Rua: José Coelho nº 72 Bloco C, 2º Andar, Sala A - Centro CEP: 69301-300

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

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

07/08/2020  
SS: *Mauro Monteiro*





MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA 5355

HOSPITAL CORONEL MOTA

Ana Quezia



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
<b>ESTADO DE RORAIMA</b> SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GILJO CRUZ		REGISTRO GERAL <b>239717</b>	DATA DE EXPEDIÇÃO <b>13/10/2016</b>
 Polegar Direito		<b>WILLIAM GONÇALVES FRANCO</b>	
		FILIAÇÃO	
		<b>GERALDO ROCHA FRANCO</b>	
		<b>MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO</b>	
		NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
		<b>SANTA INÊS - MA</b>	<b>09/12/1978</b>
		DOC. ORDEM	
		<b>CERTO CAS 10492 FLS 292 LIV B-35</b>	
		<b>2 OF BOA VISTA - RR</b>	
 ASSINATURA DO TITULAR		<b>825.396.343-20</b>	<b>AMADEU ROCHA TRIANI</b> Partido Progressista do Povo Bomero do Brasil
<b>CARTEIRA DE IDENTIDADE</b>		<b>2 VIA</b>	<b>LEI Nº 7.116 DE 29/08/83</b>



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

BARCOZINHA DE IDENTIFICAÇÃO

MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA

FILIAÇÃO: JOSE SOUZA DA SILVA  
MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA

NASCIMENTO: 03/11/1990  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
SEXO: FEMININO

NATURALIDADE: SANTA LUZIA - MA

DOCUMENTO: R.G. 240.533.852/P.H. 21/06/2001

LEI Nº 9.045, DE 12 DE MAIO DE 1995

CNPJ: 007.415.302-10

TÍT. ELEITOR: 003991102058

CNH: 0258

LOCAL/ONTA DE EMISSÃO: SRTERR - 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](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: 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 macido da Silva  
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira  
PROFISSÃO: autônomo RG: 246.533 SSP  
CPF: 007.413.302-10 ENDEREÇO: AV Padre Joze de Almeida 1053  
BAIRRO: Silvio Liti CIDADE: Bela Vista  
CEP: 69.314-316

VÍTIMA: Mayara Joaze Macido da Silva  
CPF: 007.413.302-10 DATA DO ACIDENTE: 24/06/2020  
NATUREZA: ☐ DAMS ☒ INVALIDEZ ☐ MORTE

### OUTORGADA :

NOME: William Goncalves Franca  
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 Loure Molico

### PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidiz a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de transito, 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.

Bela Vista RR, 19 de Agosto de 20 20

x Mayara Joaze Macido 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

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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](http://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 (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

8 - Endereço:

12 - Cidade:

13 - Estado:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

14 - CEP:

16 - Tel. (DDD):

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:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

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 à 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 brevia 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:

☐

Sim

☐

Não

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:

☐

Sim

☐

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 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

de 007.415.302-10



Fls: 1  
Visto:



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

Fls: 2  
Visto:



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

BOLETIM DE Ocorrência

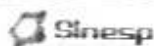
Nº: 00028867/2020

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 à 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.



Fls: 3  
Visto:



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 (a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas 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:

autônoma

8 - Endereço:

AV. Padre José de Anchieta

9 - Número:

1633

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Dr. Silveira Leite

12 - Cidade:

Boca Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69314-316

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:

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 brevia 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:

☐

Sim

☐

Não

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:

☐

Sim

☐

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐

Sim

☐

Falecidos:

☐

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:

Boca Vista RR 29 de Setembro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

de 007.4007/2020

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

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8SN BAJWD 2RQW5 87KSK





Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006



09/04/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 03/2020 referente a UC: 703494



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

### 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 <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

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](http://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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Nº 9.613/98.

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 Figueiredo Macedo de Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.415.302 / 10.

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Mayara Figueiredo Macedo de Silva

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>Paulista</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel. (DDD): <u>9913-3855</u>

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

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante