

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	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)																																											
Realces																																																
Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória																																																
Filtros																																																
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor																																																
Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/>																																																
Descrição: <input type="text"/>																																																
7 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 7																																																
500 por pág. 1 <table border="1"><thead><tr><th>Seq.</th><th>Data</th><th>Evento</th><th>Movimentado Por</th></tr></thead><tbody><tr><td>-</td><td>7 19/02/2021 17:40:48</td><td>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</td><td>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador</td></tr><tr><td></td><td></td><td>7.1 Arquivo: Petição</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2784779CONTESTACAO01.pdf</td></tr><tr><td></td><td></td><td>7.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2784779CONTESTACAOAnexo02.pdf</td></tr><tr><td></td><td></td><td>7.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KIT SEGURADORA LDER.pdf</td></tr><tr><td>+</td><td>6 05/02/2021 09:29:04</td><td>CONCEDIDO O PEDIDO</td><td>EDUARDO MESSAGGI DIAS Magistrado</td></tr><tr><td>5</td><td>02/02/2021 15:54:54</td><td>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr><tr><td>4</td><td>02/02/2021 15:54:54</td><td>RECEBIDOS OS AUTOS</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr><tr><td>3</td><td>02/02/2021 15:54:54</td><td>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr><tr><td>2</td><td>02/02/2021 15:54:54</td><td>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr><tr><td>+</td><td>1 02/02/2021 15:54:53</td><td>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</td><td>Wallyson Barbosa Moura Advogado</td></tr></tbody></table>					Seq.	Data	Evento	Movimentado Por	-	7 19/02/2021 17:40:48	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador			7.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2784779CONTESTACAO01.pdf			7.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2784779CONTESTACAOAnexo02.pdf			7.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KIT SEGURADORA LDER.pdf	+	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 Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ	2	02/02/2021 15:54:54	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ	+	1 02/02/2021 15:54:53	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por																																													
-	7 19/02/2021 17:40:48	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador																																													
		7.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2784779CONTESTACAO01.pdf																																													
		7.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2784779CONTESTACAOAnexo02.pdf																																													
		7.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KIT SEGURADORA LDER.pdf																																													
+	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 Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ																																													
2	02/02/2021 15:54:54	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ																																													
+	1 02/02/2021 15:54:53	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado																																													

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

1^a Classificação Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

2001251970	24/06/2020 15:40:53	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	26		
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA		03/11/1990	29 A 7 M 21 D	700007718128002				
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raga/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	240533	SSP	21/04/2001	F	UNIAO ESTAVEL	PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
Mãe	MARIA JOSE MACEDO DA SILVA						Contato	(95) 99121-7192
Endereço	AVENIDA - PRINCESA ISABEL - 4246 - SANTA TEREZA - BOA VISTA - RR						Ocupação	
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
Setor	URGÊNCIA							
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:				
Queixa Principal	DEMANDA ESPONTÂNEA			ANTONIA.SOARES				
Anamnese de Enfermagem		GSC	TOTAL					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)		AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						
<p>Trayzido pelo SAMU, vítima de colisão moto x carro, condutora de moto, usava capacete. Perdeu o dente em gradil e corte D.</p>								
<p>Estável, espontânea, ECG: ok</p>								
<p>Hipótese Diagnóstica Dr. e deformidade em mij de corte D.</p>								
<p>SADT - Exames Complementares</p>								
<p><input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input checked="" type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS</p>								
<p>PRESCRIÇÃO</p>								
<p>② Diprostone 2g ① ③ Tenzicon 200mg</p>								
<p>Anal. ORTOPEDICA</p>								
<p>força de ferir +</p>								
<p>TRAMAL 100mg IM. 1x100h de CC</p>								
<p><i>Pedro Lins Médico CRM-RR 2142</i></p>								
<p><i>D. Luis S. C. S. / 2021-02-2021 Clínica Geral - Ambulatório ROE: 750 CRM-RR 186</i></p>								
<p><input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:</p>								
<p><input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :</p>								
<p>Óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica</p>								

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico





BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 24/02/2021

O.S. _____

na yara solo
hoco n. pun

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

Fratura cubito-ulnar ferida

Treca esquerda WZ

o agu

CIRURGIANO:

Dr. Jerei

1º auxiliar:

2º auxiliar:

INSTRUMENTADORA:

3º auxiliar:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Preencher no leito
- Alterar artéria
- Colocar d' na ferida leito per. para
- Colar 1 fio d' tecido 3m.
- per/4K
- curar

Dr. Joao Alves Barbosa Filho
CRM-RR 544





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

ok

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Monica Jose Moacan da Silva</i>		APT OU LEITO <i>GT</i>	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>24/10/2020</i>
TIPO <i>tracô traqueobênico</i>		CIRURGIA	TEMPO DE DURAÇÃO	
			INICIO <i>18:19</i>	FIM <i>18:30</i>
			TEMPO TOTAL	
CIRURGIÃO <i>De Jesus</i>		EQUIPE MÉDICA		
1º AUXILIAR		ANESTESISTA:		
2º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		
		INSTRUMENTADOR		
		CIRCULANTE		
TIPO DE ANESTESIA: <i>local</i>		TEMPO DE DURAÇÃO: <i>Joao Alves Barbosa / Roraima, do</i>		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO
1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
1	LUVA ESTERIL 7.0		1	FRASCOS- SORO GLICOSADO
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº
1	LUVA ESTERIL 8.5		1	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	<i>(40cm)</i>	1	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
1	LÂMINA BISTURI Nº	<i>2,5</i>	1	FIO CATGUT SIMPLES Nº
1	DRENO DE SUCCÃO Nº		1	FIO CATGUT CROMADO Nº
1	DRENO DE TORAX Nº		1	FIO PROLENE Nº
1	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº <i>cotolin 0,7</i>
1	SERINGA 01ML		1	SURGICEL <i>2,5x10 cm</i>
1	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSO <i>10x10 cm</i>
1	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº <i>Algodão ent</i>
1	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM
1	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA
<i>Colocar t 30ml</i>			1	OUTROS:
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR	
STRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Carles</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS		
INCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				HGR	
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
PACIENTE	DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN		
AGNÓSTICO	<i>RAYAM TORC NAC-DO-PA S/N</i>				
ALERGIAS	<i>N/A</i>				
IDADE	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5UD
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				month
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SAU
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				24/06 12 13
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SAU
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				22/06 14
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				5W
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				sup.
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				SAU
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				edire
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				m
13	SSVV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	<i>h/nto Tmcn</i>				
16					
17	<i>ao W d retoçm</i>				
18					
19	<i>plant- pa cirurgia</i>				
20					
21					
<i>Jesuca Leite Aguiar</i> <i>CRM-RR 1000</i>					
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 MEDICA: # 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				HGR Hospital Geral de Roraima	
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	RAYAM TORIL MARIA LIMA JUNIOR				
AGNÓSTICO	Fratura supracondilar femoral				
ALERGIAS	N/A	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		DATA	24/06/11	
ITEM	PREScrição				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
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	HABITUAL				
16	Tmaci				
17	As 1-1 d peteçm				
18	fam/17- p/ 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 MEDICA:

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



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:

- NAO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES;
- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO;
- NAO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA;
- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE;
- NAO PERDER RETORNO AMBULATORIAL;
- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RAIO 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

19/02/2021: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: DOCS

Oriental
991210317-

...: Laudo de Internação (Martha Aurora) ...

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

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR - AIH

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 p/ Contato (95) 99121-7192	
Endereço AVENIDA - PRINCESA ISABEL		Número 4246	Bairro SANTA TEREZA
Município ITOA VISTA	Código do IBGE 140010	UF RR	CEP 69.314-148
Dados de Internação			
CPF Médico Sol - CRM 1904	Medico Solicitante André 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

nf-e	Tipo	Ato/Procedimento	Cod Ope	CPF/CNPJ	CRM	CBO	QNT	C UTI
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								

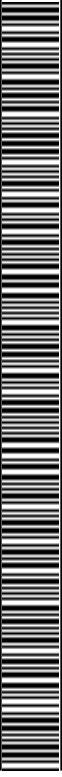
Autorização

Nome Médico Autorizador Martha Aurora Alvarez Blanco	SGT SUMBO 07/08/2020 assinado	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.: *Joao Alves Barbosa Filho*

	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					4 - CNES		
Hospital das Clínicas Dr. Wilson Franco							
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE					6 - Nº DO PRONTUÁRIO		
MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA							
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO		10 - RAÇA/COR
			04 / 02 / 1986		Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/> X		
11 - NOME DA MÃE					12 - FONE DE CONTATO DDD		Nº DO FONE
13 - NOME DO RESPONSÁVEL					14 - FONE DE CONTATO DDD		Nº DO FONE
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)					17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA					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		24 - CID 10 PRINCIPAL		25 - CID 10 SECUNDÁRIO		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
FRATURA DE FEMUR							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
INTERNAÇÃO HOSPITALAR							
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
				<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		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		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
23 / 07 / 2020							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)							
36 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO		38 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº DO BILHETE		41 - SÉRIE	
37 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO							
38 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA		44 - CBOR	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
<input type="checkbox"/> EMPREGADO		<input type="checkbox"/> EMPREGADOR		<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO		<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO	
						<input type="checkbox"/> APOSENTADO	
						<input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO							
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
				03 08 01 0019			
48 - DOCUMENTO		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
<input type="checkbox"/> CNS		<input type="checkbox"/> CPF					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
CONFERE OS MIGRANTES							
Em 07 / 08 / 2020							
Ass.: Mayara Joise Macedo da Silva							





Hospital Universitário de Roraima
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	HAS		DM2	
IDADE	LEITO	309	DATA	23/07/2020
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	AVP			
2	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H			26/07/08
3	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			06
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H S/N DOR INTENSA			
6	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
7	CAPTOPRIL 25 mg VO S/E PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
8	TILATIL 20MG EV 12/12H			02:30
9	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			02/08
10	CIPROFLOXACINO 400mg EV ou 500mg VO 12/12h			29/12
11	SSVV + CCGG 6/6H			
12	CURATIVO			
13	DETINMAR SVD E RETIRAR PPI MANT			
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 +

Doutor Silva Martins
Médico
CRM-RR 2038

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	100/60	105	

Assinatura: ...

CONFERE COM ORIGINAL
Em 07/08/2020
Ass.: Mayara Monteiro

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: José Maedo
DATA: 23/01/20 SEXO: M F IDADE _____

PESO _____ KG. LETTO 309

• ALÉRGICO?

HD _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE	LESOES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL DATA:	(1) MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS (1) REALIZAR CUIDADOS COM VAS
CATETER CENTRAL	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL DATA:	(1) INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA (1) TROCA GÁSOSA PREJUDICADA (1) MANTER CABECEIRA ELEVADA
CATETER PERIFÉRICO	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL DATA:	(1) ANSIEDADE (1) MEDO (1) ENFRENTAMENTO INEFICAZ
SONDA VESICAL SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> DATA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> DATA:	(1) ASPIRAR VAS /TOT (1) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA (1) ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS (1) ATENTAR PARA NAUSÉAS E VÔMITOS (1) OBSERVAR PERUSADA PE RIFÉRICA
SONDA NASOGASTRICA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> QUAI?	IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES	ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL:	(1) IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA (1) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ (1) TERAPÊUTICO (1) DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS (1) RISCO PARA LESÃO (1) RISCO PARA LESENTE (1) AUTOESTIMA PERTURBADA (1) DIARRÉIA (1) CONSTIPAÇÃO (1) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO (1) DEFÍCIT DO AUTO CUIDADO (1) COMUNICAÇÃO VERBAL (1) MANTER JEJUM A PARTIR DAS: _____ H (1) REALIZAR DEXTRO _____ H HORAS (1) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSAO (1) ORIENTAR AUTOCUIDADO (1) REALIZAR BANHO NO LEITO (1) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H (1) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO (1) PREPARAR PARA EXAMES EM: _____ (1) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO (1) ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO (1) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
APARELHO GASTROINTESTINAL	ESTADO NUTRICIONAL: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO	APETITE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> DIMINUÍDO / AUMENTADO	(1) OUTRAS: _____
R.H.A: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE	ABDOME: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> DISTENDIDO / TENSÃO / AGUDO / VAGALPÁVEL	APENAS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> ESPIRTO / FERMENTO / COCO	ASS.: <u>João Alves Barbosa Filho</u>
HEMILÂMINAÇÕES/NUMEROS/EPISÓDIOS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	DIARREIA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO / MELENA	PERÍFÉRICO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> ARRESTO / FLUFORME	
HEMATÚRIA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	CONSTITUIÇÃO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE	PULSO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> TAQUICARDICO / BRADICARDICO / ARRESTO	
LOCAL DO PULSO: _____	FREQUÊNCIA: _____	PERFUSÃO PERIFÉRICA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> DIMINUÍDA	
APARELHO GENITURINÁRIO/DURESE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ESPIRTO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
APARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
ABARELHO CARDIOVASCULAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍACO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR / IRREGULAR	
TEMPERATURA DA PELE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> 1	ESTIMULADA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> CONVULSIÃO	RITMO CARDÍ	

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	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 22
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				JO 9251 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 CURATIVO
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
13	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTTINA
14	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				16
15					
16	Retirar SVD				SN
17					
19					
20					
22	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 GLUCOSE ≤ 70 DL/ML.				
23	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS. # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS					
<p>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</p>					
SINAIS VITAPA	FC	Diurese	TEMP	F	
6 H	113 / 84	122	+		
12 H	100x20	109	some	37°C	6
18 H	100 / 65	107	500ml	36,8	6
24 H	100 / 74	113	+		

OBS! Paciente sem alterações a tirar!
Marcos Vinícius G. Barbosa
ENFERMEIRO
COREN- 243 405

CONFERE COM ORIGINAL

Página 1

Em 07 / 08 / 2020

Ass.: *marcos.vinicius.barbosa*



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: _____

HD _____

DATA: _____ / _____ / _____

SEXO: () M () F

IDADE _____

PESO _____

KG.

LEITO _____

• ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	<input type="checkbox"/> SIM () <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/> SIM () <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()			

SONDA NASOGASTRICA: SIM ()
NÃO () DATA: _____

DRENOS? SIM ()
NÃO () DATA: _____

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPÔSTA 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 () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRMVAS () OBSTRUIDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORAVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

OBSTS: () TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO

RUIDOS ADVENTICIOS: () AUSENTES () PRESENTE TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

() HIDRATADA () UMDIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA

() CIANOTICA () ACIANOTICA () ACROCIANOTICA

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

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDIÁCO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PERCESSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME

PULSO: () NORMA/CARDICO () TAQUICARDICO () BRADICARDICO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO

ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO

R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VIMS PALPÁVEL

ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPÓSÍDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DURESE:

() ESTONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SYD () LIMPIDA () CONCENTRADAS

() HEMATÚRIA () COLOÚRICA () OLOGÚRICA () POLUÚRIA () DISUÚRIA () JANÚRIA

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANTER
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GASOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() MEDO

() ENFERMAMENTO INEFICAZ

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() DESQUELLIBRADA

() IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ

() TERAPÉUTICO

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS

() ÁREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA QUEDAS

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOESTIMA PERTURBADA

() DIARREIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

() PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HYPERTERMIA

() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA

() CONFORTO PREJUDICADO

() DEBITO CARDÍACO DIMINUIDO

() OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRMVAS

() REALIZAR CUIDADOS COM VAS

() VERIFICAR SINUS VITAS DE _____ / _____ H

() MANTER MONITORIZAÇÃO

() MANTER CABEÇEIRA ELEVADA _____

() ASPIRAR VAS /TOT

() VERIFICAR NIVEIS DE CONSCIÊNCIA

() ATENTAR PARA QUEDAIS ALGÍDAS

() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERUSÃO PERIFÉRICA

() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRMVOS

() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ / _____ H

() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES,

() VERIFICAR E REGISTRAR EDÉMAS

() AVALAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANTER LEJUM A PARTIR DAS: _____ H

() REALIZAR DEXTRO _____ / _____ HORAS

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO

() ORIENTAR AUTOCUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO _____ H

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

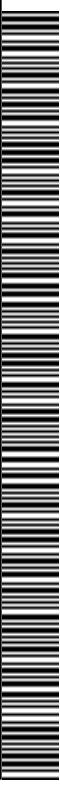
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.

() QUERO TER COM ORIGINAL

Em _____ / _____ / _____

ASS.: _____



Alfa 309

309 MAYARA JOISE

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
HOSPITAL DA CLÍNICAS 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	<i>Aut/ Hospitalar</i>	<i>Doit Silva Mar.</i>
17		<i>Médico</i>
19		<i>CRM/RR 2015</i>
20		
22	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	
23		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

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

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	100x70	304		36,40	
18 H					
24 H					

CONFERE COM ORIGINAL

Em 07/08/2020

Ass.: Mayara Joise Macedo da Silva



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 | Versão:06 | Data da Elaboração:
Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO:

309 32

Nome: <i>Wauara Tase</i>			
DATA: <i>25/07/20</i> Localização / Região <i>37M-LD</i>		DATA: Localização / Região	
<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"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma contra:	<input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma contra:
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Profundidade _____ cm	Largura: _____ cm	Comprimento _____ cm Profundidade _____ cm
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Escara	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara
Quantidade de Exsudato:	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Purulento	<input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto	<input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras
Solução para limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____
Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca:			
Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <i>Rose Girele Gomes</i>	02- <i>Enfermeira</i>	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:	OBS:		
<i>COREN-RR 366.855</i>			

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.



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 RAIO 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.: Mayara Joise Macédo da Silva

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

Dr. 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: <u>Mariara Tóise Macedo da silva</u>						
MÃE:						
DATA DE NASC.:	09/11/1990	IDADE:	29	Nº SUS:	700 0077 1812 8002	
C.P.F.:	007.415.302-10	R.G.:	240533	SSP:	DATA EXPEDIÇÃO:	
ESTADO CIVIL:	<u>solteira</u>	CÔNJUGE:				
ENDERECO:	<u>Av. Padre Anchietas, 1653 - Sílvio Leite</u>					
MUNICÍPIO:	<u>Boa Vista</u>	NACIONALIDADE:				
FONE:	<u>99168-1731</u>					
DIAGNÓSTICO:	<u>acidente de trânsito (Fratura do Femur)</u>					LEITO: 309

1.2 - DADOS DO ACOMPANHANTE

DADOS DO ACOMPANHANTE	<u>Maria José (mãe)</u>
ENDERECO	
TELEFONE	
CARTÃO SUS	

1.3 - EVOLUÇÃO:

Paciente realizou cirurgia do femur dia 23/07.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 07/08/2020

Ass.: newfuentes



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO/SIAPS

TRIAGEM PSICOLÓGICA

1. Identificação:

Nome: Mariara Góis 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. Condicionamento:

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?: locomeção

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

Acidente - Processo pós cirúrgico. Fratura Fêmur.

Fatores de proteção:

—

Fatores de risco:

—

Necessidade de atendimento psicológico: SIM NÃO

Observações Adicionais:

Bom emocionalmente. Previsor de alta.

Médico de Referência:

Profissional responsável: Christiane Almeida

Data da Triagem: 23/07/2020

GJ
Christiane B. de Carvalho
Psicóloga
CRP. 20/04141

CONFERE COM ORIGINAL

Em 07 / 08 / 2020

Ass.: maria rafaela

309

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				HGR		
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				Hospital Geral de Roraima		
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN			
PACIENTE	RAYANA TOLEDO SILVEIRA					
AGNÓSTICO	Fibrose Subcutânea Funca					
ALERGIAS	MOT	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE		LEITO		DATA	23/07/20	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				5 ND	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				Morning	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				10:12:33	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				10 22 04	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				S/N	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				310	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				16 24	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				S/N 12:43	
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 VQ SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N	
13	SSVW + CCGG 6/6 H				Rotina	
14	CURATIVO DIÁRIO				Rotina	
15						
16	Retornar a Hora de Internação					
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 OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA**

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

SINAIS VITAIS

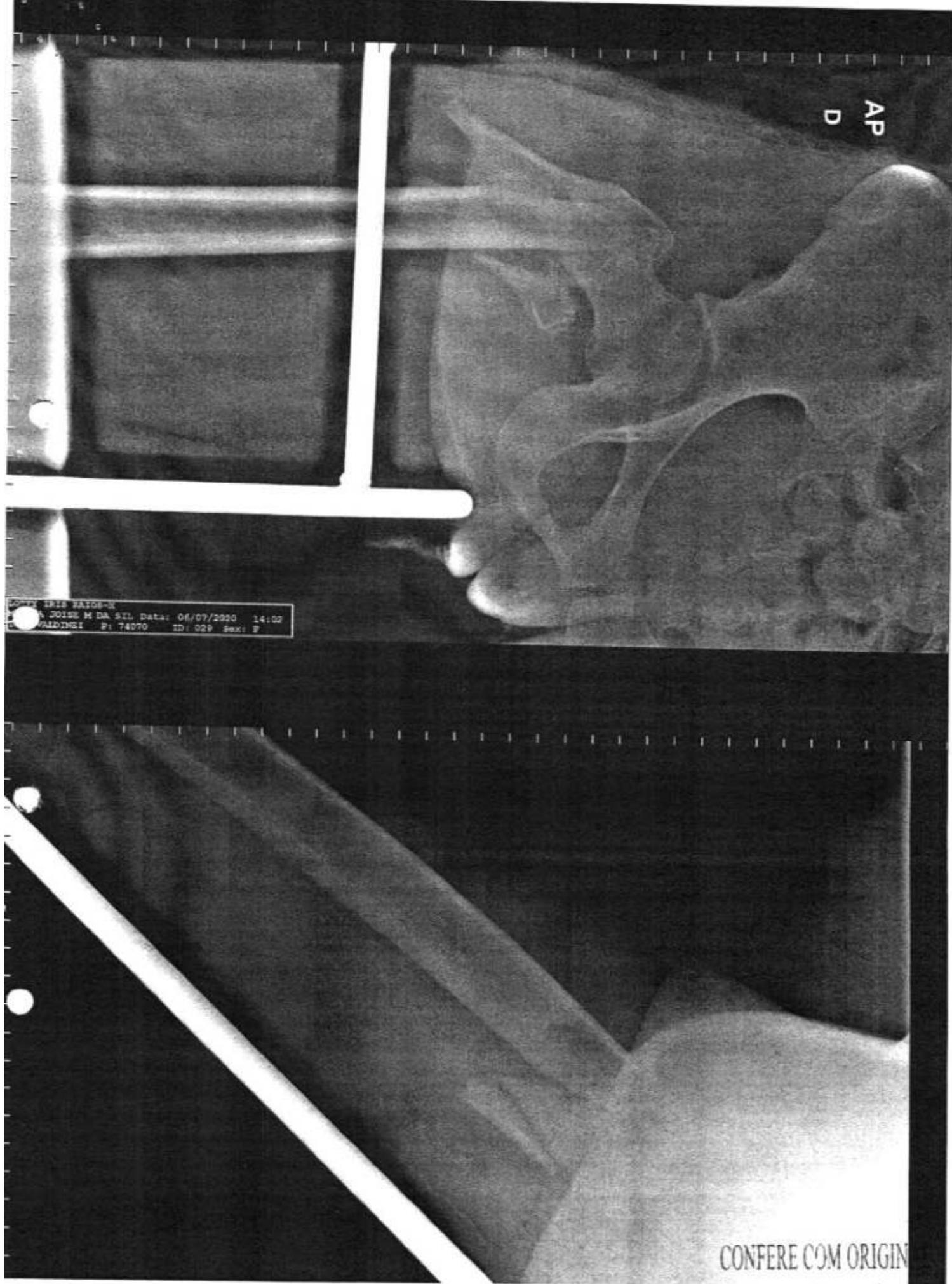
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CONFERE COM ORIGINAL

Em 07 / 08 / 2020

Ass.: João Alves Barbosa Filho



CONFERE COM ORIGIN

Em 07/08/2020

Ass.: João Alves Barbosa Filho





Paciente: MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA

Pedido: 010033221

Dr(a): LOAMIR VIANA

Idade: 29A 7M 24D

Data da Entrada: 27/06/2020

Convênio: HOSPITAL LOTTY IRIS

Acomodação/leito B 48 RG:

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
Hematocrito.....	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

Método: Automatizado

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

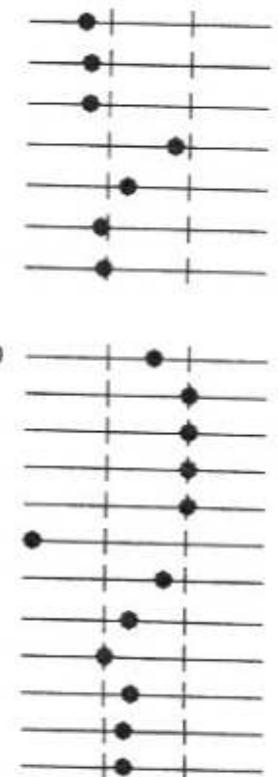
31,8 a 35,4

12,0 a 15,0

SÉRIE BRANCA

	%	/mm ³	%	/mm ³	
Leucócitos.....		7.850			4.600 a 10.200
Blastos.....	0	0	0	0	4.600 a 10.200
Pró-mielócitos.....	0	0	0	0	0
Mielócitos.....	0	0	0	0	0
Eosinófilos.....	0	0	0	0	0
Neutrófilos.....	63	4.946	30 a 60	1.380 a 6.120	1.380 a 6.120
Linfócitos.....	3	236	0 a 7	0 a 714	0 a 714
Linfócitos Atípicos.....	30	2.355	0 a 2	0 a 204	0 a 204
Monócitos.....	0	0	0	0	0
Plaquetas.....	4	314	0 a 12	0 a 1.224	0 a 1.224
V.P.M.....	207.000	mm ³		140 a 400.000 /mm ³	
Observação:.....	8,9			7,0 a 10,0	

Moderada Eritropenia e Discreta Neutrofilia.



Marcos Macário Cruz De Araújo
CRF/RR - 727

CONFERE COM ORIGINAL

III 07/08/2020

Ass.: Mariajusonete

Rua: José Coutinho nº 72 Bloco C, 2º Andar, Sala A - Centro CEP: 59001-200





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 Jejunum

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


Marcos Macário Cruz De Araújo
CRF/RR - 727

07/08/2021 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

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

Material biológico: Plasma Citratado

Método: Coagulométrico
Valores Referenciais

Tempo de Protombina.....	13,4 Segundos	10 a 14 segundos
Avidez.....	78,1	70 a 100%
I.N.R.....	1,15	0,90 a 1,10
Tempo de Tromboplastina Parcial.....	29,60 Segundos	27-38 segundos

Contagem de Plaquetas..... 207.000 /mm3

150.000 a 450.000 /mm3

Marcos Macário Cruz De Araújo
CRF/RR - 727

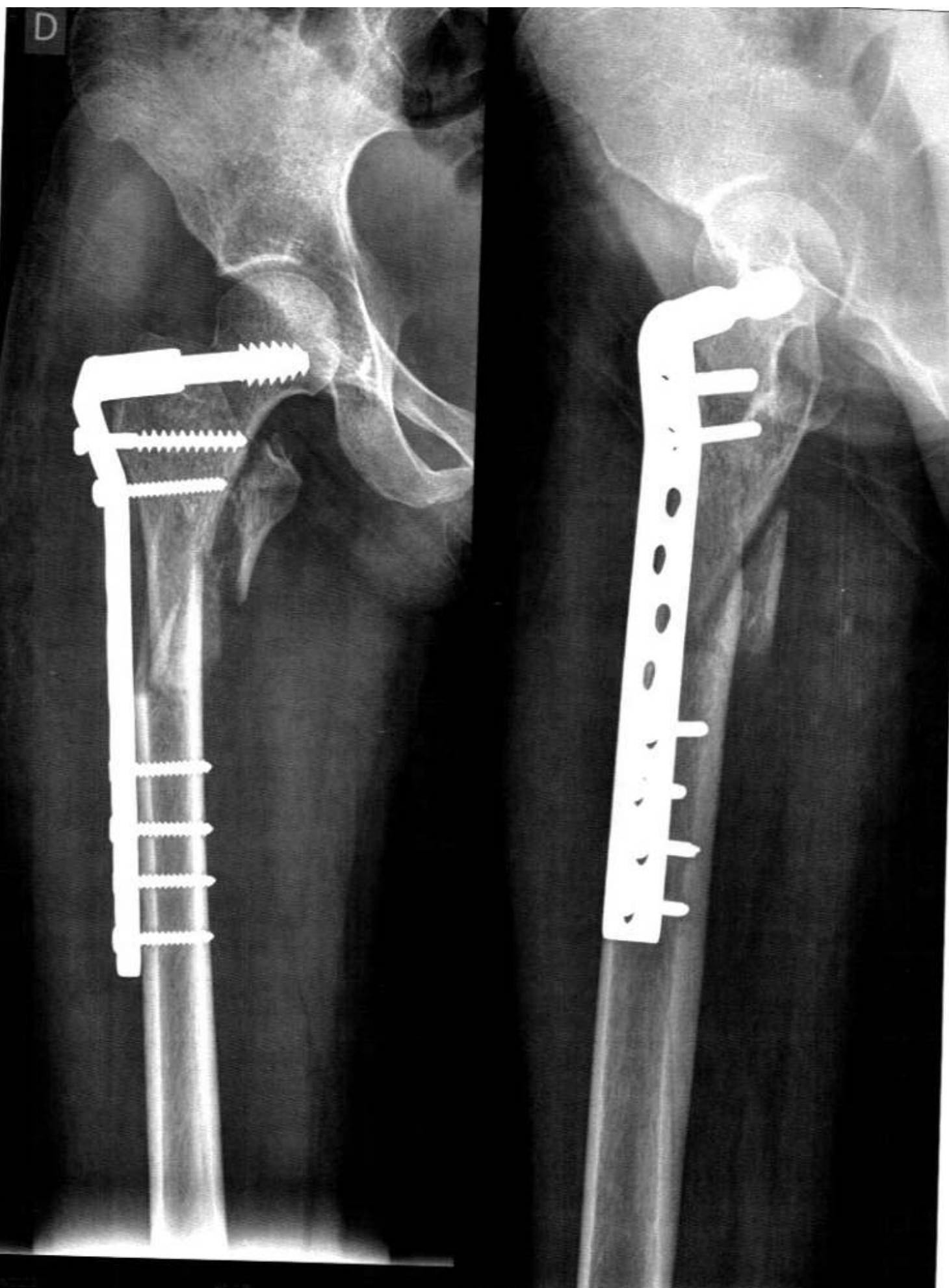
Rua: José Coelho nº 72 Bloco C, 2º Andar, Sala A - Centro CEP: 69301-300
Fone: (95) 3224-8263 - Boa Vista-RR

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

CONFERE COM ORIGINAL

07/08/2020

ss: *João Alves Barbosa Filho*



MAYARA JOISE MACEDO DA SILVA 5355

HOSPITAL CORONEL MOTA

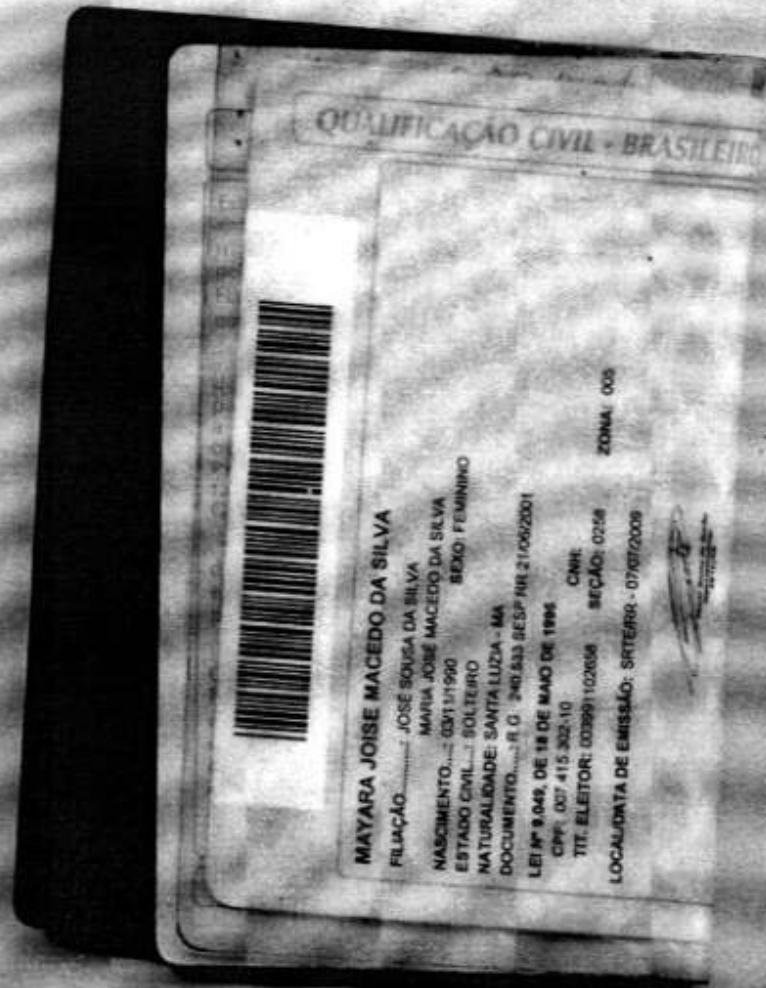
Ana Quezia





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	239717	DATA DE EXPEDIÇÃO	13/10/2016
NAME	WILLIAM GONÇALVES FRANCO		
PAISAGEM			
GERALDO ROCHA FRANCO			
MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO			
NATURALIDADE			
SANTA INÉS - MA	DATA DE NASCIMENTO		
DOC. ORIGEM	09/12/1978		
CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35			
2 OF BOA VISTA - RR			
825.396.343-20	AMADEU ROCHA TRIANI	Perito Paleopatologista da Policia Civil Médico do Rio	
2 VIA	LEI Nº 7.116 DE 29/08/83		



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 FÉMUR 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:

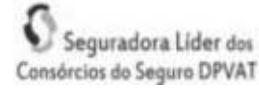
Observações:

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

RECEBIMENTO 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

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 Faye Macedo da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro
PROFISSÃO: autônomo
CPF: 007.415.302-10
BAIRRO: Silveira Júnior
CEP: 69.314-316
ESTADO CIVIL: Solteiro
RG: 240.533 SSP
ENDERECO: AV Madre Jose de Anchieta 1053
CIDADE: Bonito

VÍTIMA: Mayara Faye Macedo da Silva
CPF: 007.415.302-10
NATUREZA: () DAMS
DATA DO ACIDENTE: 24/06/2020
 INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves França
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDERECO: Rua CC 14, 249 Louro Moreira
ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR

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.

Bonito re. 19 de Agosto de 2020

x Mayara Faye 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, retorno 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 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

207.415.302-10 Mayara Soize Macedo da Silva

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Mayara Soize Macedo da Silva

6 - CPF:

207.415.302-10

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

Rua Padre José de Melchior

11 - Bairro:

Dir. Silviano Leite

12 - Cidade:

Iguatu

15 - E-mail:

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69314-316

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

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: Itau

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 6953

CONTA: 59920

(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 à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

Não

30 - Vítima deixou nascituro (valnascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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)

38 - 1^a | Nome:

CPF:

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

X

Mayara Soize Macedo da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

Fls: 1

Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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
Profissão: Autônomo	Nasc: 03/11/1990 Idade: 29
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

Bairro: Dr. Silvio Leite

Telefone: (95) 99168-1731

Nº: 1053-1

CEP: 69.314-316

Nome Civil: CONDUTOR DO VEÍCULO (PLACA NOW-6997) (SUPÓSTO 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

Fls: 2

Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

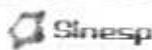
Nº: 00028867/2020

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 local e realizaram os primeiros socorros e realizaram o translado 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 del origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto zmos Artigos 339-Denuncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Fls: 3

Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00028867/2020

ASSINATURAS

Hualacy Seelig Soares de Souza
Chefe de Seção
Matrícula 020116664
Responsável pelo Atendimento

Mayara Joise Macedo da Silva
Comunicante, Vítima

"Declaro para os devidos fins de direito que sou eu(a) unico(a) responsável pelas informações acima assinadas e que sou quem poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que deixo, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia, Calúnia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



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

Página 3 de 3
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

207.415.302-10 Mayara Soize Macedo da Silva

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Mayara Soize Macedo da Silva

6 - CPF:

207.415.302-10

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

Rua Padre José de Melchior

11 - Bairro:

Dir. Silviano Leite

12 - Cidade:

Iguatu

15 - E-mail:

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69314-316

9 - Número:

10 - Complemento:

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: Itau

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 6953

CONTA: 59920

(Informar o dígito se existir)

(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 à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (valêncio):

Sim

Não

Sim

Não

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

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)

40 - Local e Data:

Bonito RR 29 de Setembro de 2020

X

Mayara Soize Macedo da Silva

38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

William Gonçalves

TESTEMUNHAS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ITAU - 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

DADOS DA CONTA		INFORMAÇÕES GERAIS											
CONTA MÊS		VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)										
AGOSTO/2020		06/09/2020	232										
FRANCISCO AGUIAR DOS SANTOS		TOTAL A PAGAR (R\$) 230,31											
CPF: 00038285517268													
AV PADRE JOSE DE ANCHIETA 1053 1 - DR. SILVIO LEITE													
CEP: 69.314-316 - BOA VISTA													
DATA DA LEITURA													
Atual:	18/08/2020	Anterior:	26/07/2020 Próxima leitura: 17/09/2020										
Emissão:	17/08/2020	Apresentação:	18/08/2020 Dias de consumo: 29										
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA													
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número de Medidor	Faturamento	Modalidade								
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	TOR17W99187	NORMAL	CONVENC								
DADOS DA LEITURA D/W/H													
	VLR TODA PTA	VALETADO TODA PTA	VLR EXPOSTA	VALETADO EXPOSTA	MVR RESERVADO	MVR RESERVADO							
Leit. Atual:	4212												
Leit. Anterior:	3980												
Constante:	1.000												
Retardo:													
Médida:	232												
Faturado:	232												
DESCRICAÇÃO DA CONTA													
CONSILIO	232 A R\$ 0,786015 =	182,35											
CORRECÃO MONETARIA IG 06/20-00		0,32											
MULTA POR ATRASO DE I 06/20-00		1,24											
JUROS DE HORA POR ATR 06/20-00		0,29											
MULTA POR ATRASO 06/20-00		3,39											
JUROS DE HORA DE IMPO 06/20-00		1,18											
ILUMINACAO PUBLICA		41,54											
OUTRAS INFORMAÇÕES				HISTÓRICO DE MEDICAO									
DATAS DE TIRADA	AGO/19	SET/19	OUT/19	NOV/19	DEZ/19	JAN/20	FEV/20	MAR/20	ABR/20	MAY/20	JUN/20	JUL/20	AGO/20
6/11 - 6/11/2019	136	456	466	437	311	217	364	446	412	332	222	86	232
Media 12 meses	331												
LIGE 2007/09/26 E FIM 2006/09/26													
Parabens! Até o dia 17/08/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.													
MENSAGENS IMPORTANTES													
REAVISO DE VENCIMENTO													

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



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 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



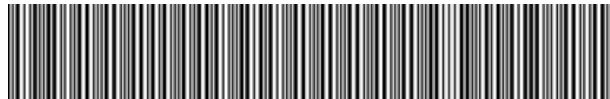
RORAIMA ENERGIA

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

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059





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/BIBLIOTECAWEB/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 ILICITAS PRVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343-120, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Mayara Soárez Macido de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.415.302-10,
do sinistro de DPVAT cobertura Incapidez da Vítima Mayara Soárez Macido de Souza
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:
 Récuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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	Rua cc 11	Número:	294	Complemento:
Bairro:	Iaura Moreira	Cidade:	Baixio	Estado: RR
E-mail:	W.Franco992@gmail.com	CEP:	69.318-050	Tel.(DDD): 99113-3855

Local e Data: Baixio RR 29 de Setembro de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante