

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472597/19

Vítima: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

CPF: 900.306.562-49

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 26/09/2019

Titular do CPF: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

YARA DIVA GUIMARAES COSTA : 762.732.616-87

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

MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA : 900.306.562-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

YARA DIVA GUIMARAES COSTA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013975457987

VA 01 01042943874
COB. RENAVAM
R.N.T.R.C.
EXERCÍCIO 2019

NOME MARCELO DA SILVA DE OLIVEIRA

PLACA RR
026.020.012-36
CHASSI/CHASSI
3C2K01680F001B326

PLACA ANT./UF
COMBUSTÍVEL
ALCO/9ASOL

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NRG ABILE

MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESD1

CAP/POT/OIL 29/01490C/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA *PAGO* VENC. COTA UNICA 1ª *****

FAIXA LVA. PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****

PAGO COTA UNICA 3ª *****

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

SEM RESERVA DE DOMINIO * PROIB SAIR DA R

MARCA OCID *

BOA VISTA-RR
DETRAN-RR
DATA 30/04/2019

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

RR Nº 013975457987 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VA 01 026.020.012-36
COB. RENAVAM
R.N.T.R.C.
EXERCÍCIO 2019
DATA EMISSAO 30/04/2019

PLACA RR
026.020.012-36
CHASSI/CHASSI
3C2K01680F001B326

RENAVAM 01042943874
MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESD1

ANO FAB 2015 CAT. TBC. ANO CHASSI 2015

PREMIO TARIFARIO

FNG (R\$) R\$36,05 DENATRA (R\$) R\$4,01 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40,06

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$0,32 IOF (R\$) R\$84,58 DTL (SEGURO SEGURO) (R\$) R\$84,58

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OUTUBRO 18/03/2019

COTA UNICA

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 08.248.508/0001-04

OUT / 2017

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472597/19

Vítima: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

CPF: 900.306.562-49

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/09/2019

Titular do CPF: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

YARA DIVA GUIMARAES COSTA : 762.732.616-87

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

MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA : 900.306.562-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

YARA DIVA GUIMARAES COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190724364 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 26/09/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190724364 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 26/09/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



Yara Costa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL 464571-5

DATA DE EXPEDIÇÃO

27/06/2016

NOME YARA DIVA GUIMARÃES COSTA

FILIAÇÃO DERSON FELIX COSTA

IVETE GUIMARÃES COSTA

NATURALIDADE BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO 10/12/1962

CERT. CAS AVERB. DIVÓRCIO 2359 FLS 52 LIV B-8
1 OF BOA VISTA - RR

CPF

762.732.616-87

1 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscópico da Polícia Civil
Diretor do IIC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2016

INTE SEGURODORA S/A

Av. Dilermando, 484 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



ASSINATURA DO TITULAR

Marizon Ferreira de Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 273530

DATA DE EXPEDIÇÃO 16/03/2018

NOME MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO MILTON FERREIRA DE OLIVEIRA
MARIA ROSA DA SILVA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE SÃO JOÃO DA BALIZA - RR

DOC. ORIGEM CERTD NASC 52218 FLS 279 LIV A-70

BOA VISTA-RR

900.306.562-49

2ª VIA

DATA DE NASCIMENTO 21/10/1986

AMADEU ROCHA TRIANI
Secretário de Polícia Civil
Diretor de IGC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P1

PROIBIDO PLASTIFICAR

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

1ª Classificação

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Azul Ass.

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Azul Ass.

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Azul Ass.

1901166548	26/09/2019 11:35:04	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19	13
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF
MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA		21/10/1986	32 A 11 M 5 D		90930656249
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE	273530	SSP/RR	19/05/2006	M	SOLTEIRO(A) PARD
Mãe	MARIA ROSA DA SILVA DE OLIVEIRA		Pai	MILTON FERREIRA DE OLIVEIRA	(95) 99125-4929
Enderço	RUA - C - 220 - CARANA - BOA VISTA - RR		Ocupação	NÃO INFORMADA	
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		WALDEMAR STOCKER		
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue				

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA) 11:35h

Paciente com, dor, vítima de acidente de trânsito

Exame Físico: presença de lesões cortas contusos no mte e mte.

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

OAT 0,5 LPM
Dipirona 1g EV
Dilator 10g EV

Convênio 1.712.888 TE

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para ortopedico

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

WAGNER Henrique R. da Silva
Ass. DOCON - Médico
CRM-RR 16115



1901166548

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

© 2019
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE
TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

NIR

Anexo I

Transf: 08/10/19

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

NIR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente:

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/10/86

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

135244

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HIST DE COLO NO
FUMAR (C) + RÓDIO (C)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TOD LUNGOS

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

RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

37 - SÉRIE

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

0308010019
S72W T068
V99

ate 5.10



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



DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____
PACIENTE MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA
AGNOSTIC FADUNA COLO FEUR + GAVAZZI ADONIS
ALERGIAS _____ HAS _____ NEGA _____ DM2 _____ NEGA _____
IDADE 32 Anos LEITO _____ DATA 26/9/19

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

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

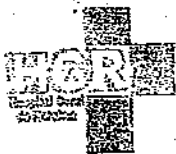
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06h/152x85/106

as 07h o paciente medicado CRM, aferido

SAVV

EXAMENADO POR
TACADO EM
CURSOS



A-65

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: _____
NOME: Martina Faria da Silva
IDADE: _____ REGISTRO: _____
BLOCO: A ENFERMARIA: 65 LEITO: _____
UTI: _____ EMERGÊNCIA: _____

DE: Ortopedia

PARA: Bucamaxilo

Dados Clínicos:

Lesão externa de acidente recente
Dor em mandíbula e fx de
dente molar pelo qual solicitado
avaliação
Grito

27.09.19
Data

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

Solicitado Dr. P. A. para
marco + lateral oblique
radiografia
- Solicitado Parecer de Ortopedia
sobre o elemento dentário
fratura do

Data

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

104.2

(corredor)



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA					
AGNÓSTICO FX COLO FEMUR E + RADIO E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	DATA	27/09/2019		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				
5					
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD. > 110 MMHG				
17	SSVV + CCGG 6/6 H				
18	CURATIVO DIÁRIO				
19					
20					
21					

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

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

SINAIS VITAIS					Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO CRM-RR 2028 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	143x83	110		36,6	
18 H	122x83	100		37,1	
24 H	153x98	110		36,3	

Lab. verificadas SSVV. Sem queixas neste período.

064
 P2 142x88
 97

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

104-2

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						 	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA							
AGNOSTICAR FX COLO FEMUR E + RADIO E							
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE		LEITO	DATA	28/09/2019			
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					SN	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					SN	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N					SN	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN					SN 15:30 21:00	
5							
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN					SN	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM					SN	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA					06	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N					SN	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h					14 - 22:00	
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA					16	
12							
13							
14							
15							
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SN	
17	SSVV + CCGG 6/6 H					SN	
18	CURATIVO DIÁRIO					SN	
19							
20							
21							

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

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	148 x 106	103	-	-
18 H	144 x 102	104	-	-
24 H	123 / 85	117	-	36°C

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

18H: Realizados os 11us
 C.P.M.
 Marmalida S. Rocha
 Aux. Enfermagem
 COREN/RR 000.184.087

Noturno - Paciente estável
 e um episódio de dor.
 pl. m. c. p.m + snv
 Maria Mariana C. Lorenzi
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN/RR 000.184.087



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITADO:

CONDUITA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Fernando Rezende
 Médico
 CRM-RR 2007

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	137/80	118	—
18 H	139/85	111	—
24 H	140/80	100	—

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO

CRM-RR 2028

Residente de Ortopedia e Traumatologia

104-2000



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA					
AGNÓSTICO: FX COLO FEMUR E + RADIO E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	30/09/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SWD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				parante
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SW
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SW 20
5					
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				SW 24
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				SW
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				SW VO
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SW
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				SW 24:08
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				SW
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SW
17	SSVV + CCGG 6/6 H				potrie
18	CURATIVO DIÁRIO				
19					
20					
21					

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

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

OGH PA: 122/81 FC: 136

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
8 H			
12 H	120/78	80	36
18 H	130/78	118	35°C
24 H	124/69	143	38

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

paciente no leito, estável
após Sinais vitais com-
munes, fisiológicos. Presen-
ta curativos AP com Curco de 18.
10/03/932.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Paciente: Márcia da Silva

Leito: 104-2

Data: 30/09/2019

Localização		Região: <u>ME</u>		Região: _____
Etiologia	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: <u>✓</u> Tração <u>_____</u> Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: _____	Grau: I (<u>0</u>) II (<u>1</u>)	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u>_____</u> Tração <u>_____</u> Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: _____	Grau: I (<u>_____</u>) II (<u>_____</u>)
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros _____ ☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor		☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros _____ ☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor	
Pele Perilesional	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☒ Seco ☐ Outro: _____		☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☐ Úmido ☒ Seco		☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco	
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____	
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____		☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____	
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<u>Varissa da Silva Moura</u> Técnica Enfermagem COREN-RR 965.152.77	<u>Larissa Alves Nova</u> Técnica Enfermagem COREN-RR 965.152.77	<u>Ana Carolina Silva</u> Técnica Enfermagem COREN-RR 965.152.77	

104-2

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
------------------	-----	----	--

PACIENTE MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

AGNÓSTICO FX COLO FEMUR E + RADIO E

ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
	LEITO	06	DATA	01/10/2019

IDADE	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
--------------	------------	---------

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

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

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

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	134x8	132	37.2
18 H	140x80	131	36.7
24 H	128x70	115	36.8

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

*11:050 paciente no leito
 H e P Venopunctura SVD
 interconsulta com
 internado e monitorado.*

16H T = 38,8°C, administrado 2
 040cpm.

Rosilda Monteiro de Almeida
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-RR 419921 - AN



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA				
AGNÓSTICA	FX COLO FEMUR E + RADIO E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	104-2	DATA	02/10/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				ATENÇÃO
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SN
5					
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT				SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				06/11/19
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA				SN
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (c/paciente)				20/08
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				20/08
12	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				20/08
13	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				20/08
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
18	CURATIVO DIÁRIO				curativo
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

SOLICITADO:

CONDUITA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

Antonia Rodrigues
 Técnico em Enfermagem
 COREN-RR 228 TE
 1905 07hs

DPA: 135/62 P: 122 T: 36,7°C

SINAIS VITAIS				Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO CRM-RR-2028 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140 x 45	74	20	
18 H	144 x 73	111	21	
24 H	120 x 80	85	21	

12:00h (Adm. enfermagem) CPM
 SBN, monitorando

Antonia Rodrigues
 Téc. Enfermagem
 COREN-RR 228 TE

06:45 - Trocado AUP, MSD, flco 18.

TE: Antonio

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



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

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	139/76	119	—	36,4
18 H	130/75	120		36,2
24 H	128/81	108		36,2

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

120 - Paciente no leito, FX colo femur + Radio E, orientado
 segue aos cuidados de enfermagem — Solu

06h - 8h - 124/74

P - 100 T - 36,2

Diógenes Fátima Silva
 COREN-RR 799.581 - TF

Maria Rosa da Paz
 T. Enfermeira
 COREN-RR 799.581

104-2

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
------------------	-----	----

PACIENTE **MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA**

AGNÓSTICO **FX COLO FEMUR E + RADIO E**

ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	104-2	DATA	04/10/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	Sms
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SL
5		
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
12	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
13	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
10 H	142x77	104		36,2
18 H	130x88	141		
24 H	97x167	110		35,5

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

*As 7 verificadas SSVV e administradas medicação
 C.P.M., exceto ITEM 10, pois não tem na unidade
 Realizado banho no leito + troca de lençol
 Coletada amostra sanguínea e encaminhada*



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - TELEFONE DE CONTATO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

Dr. Eder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1028/RR

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAÍTO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050489
5720

S. 10

V. 99



BOLETIM OPERATÓRIO

Maurício Junior de Oliveira

Data: 08/10/14

O.S. _____

AGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura de Colo de Fêmur (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Ortopedia

TIPO DE INTERVENÇÃO:

COMPLICAÇÕES E ACIDENTES:

AGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Dr. Gian

1º AUXILIAR:

Dr. Poturck

2º AUXILIAR:

Dr. Guimarães R2

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

Dr. Américo A. R2

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

CICLO:

FIM:

DURAÇÃO:

Dr. Eduardo Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 8247/R

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Paciente em DDH em posição ventral;
2. AA + OOE;
3. Incisão longitudinal lateral na coxa (E) + curvatura
de 90° + redução cirúrgica com 2 FK 2.5 +
fixação com 3 parafusos comecando a fôrça fixação
Unio + sutura fasciocutânea + LMC + Sutura + Curvatura
na A RPA.

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Anestésia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Marizem Ferreira de Oliveira, 33a

05/10/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

AGENTES	1h 20	15	30	45	1h	15	30	45	1h	15	30	45	1h	15	30	45
DA	°C	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240	240
X	30	220	220	220	220	220	220	220	220	220	220	220	220	220	220	220
ULSO	26	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
ANES	34	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160
X	32	139	139	139	139	139	139	139	139	139	139	139	139	139	139	139
OP	30	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
TEMP	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
ASPIR.	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
A	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
RESP	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Q	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Expan	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Aspi	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Contro	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
SÍMBOLOS																

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Propofol	20mg	Rapídanetina hiperbó-	x Check list OK
B. Midazolam	70mg	MCA, simulação, lombar	(monitorização) ECG, Sato,
C. Fentanil	100mcg	200 ventilação espon-	PA e Diurese
D. Midazolam	5mg	tanca	1. O2 2l/min SCV
E.			2. Fentanil 100mcg EV
F.			3. Midazolam 3mg EV
G.			4. Antisséptico + compressão
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	5. Punção F.S.A., entre L3-L4,
HDO		Naso / Orotraqueal - Cópia	paramédica D, clareira 266
SANGUE		Bol. Tamp. - Cálculo do Tubo	(Bunzel) e inserido do agente A13
5F0,97	2500ml	Sob Místero	6. Ceftriaxona 2g EV
		Dificuldade Técnica	7. Clotrofen 100mg EV
TOTAL	2500ml	TEMPO DE ANESTESIA	
		11:10 às 13:30	
OPERAÇÃO			
Ostios. de cdo de fírmu D.			
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜÍNEA
Dr. Erico / R3 manilha		Dr. Patrick / Elém	

À SRPA

Dr. Erico Gonçalves
Anestesiologista
CRM/RN 1514 / RQE 501



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		10-324	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
MAMZON FEMMEIA DE OLIVEIRA		104.2	SW:		05 / 10 / 19
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
OST. FMT. CVD DE FEMUR (E)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		11:30	13:20		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
1º AUXILIAR		ANESTESISTA:		DR. EMILIO	
2º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		R3. MARCELO	
		INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE			
TIPO DE ANESTESIA: MAGE		OUA DE + SAMUEL			
QUANT.		MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.			1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml
1	PACOTES GAZE				FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
1	LUVA ESTERIL 7.0				FRASCOS- SORO GLICOSADO
1	LUVA ESTERIL 7.5			1	FIO VICRYL Nº 2.0
1	LUVA ESTERIL 8.0			1	FIO MONONYLON Nº 2.0
1	LUVA ESTERIL 8.5				FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
1	LUVAS P/PROCEDIMENTOS				FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
1	LÂMINA BISTURI Nº 24				FIO CATGUT SIMPLES Nº
	DRENO DE SUÇÃO Nº				FIO CATGUT CROMADO Nº
	DRENO DE TORAX Nº				FIO PROLENE Nº
	DRENO DE PENROSE Nº				FIO SEDA Nº
1	SERINGA 01ML			1	SURGICEL ELETRODOS
1	SERINGA 03ML			1	CERA P/OSSE CATETER O2
1	SERINGA 05 ML			2ml	KIT CATARATA Nº ALCOOL 70%
1	SERINGA 10ML			2ml	GEOFOAM Tópico
1	SERINGA 20ML			2ml	FITA CARDIACA CLOROFILMA DEG
1	AGULHA P/MOVEDOR 26			1	OUTROS: Sonda Foley P:14
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		SUB- TOTAL	
	RENATA ALESSA OUA				
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

17/04/2014

104-2


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




PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE <i>Luizinho Lima de Almeida</i>			
AGNÓSTICO <i>Pr. João de Lima</i>			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	DATA	NEGA
		<i>05.10.12</i>	

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	<i>SMS</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	<i>Manten</i>
3	SF 0,9% 500ML EV <i>12/04</i>	<i>24-12</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	<i>06-12</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	<i>06</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	<i>SN</i>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	<i>16-24-08</i>
8	SIMÉTICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	<i>SN</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	<i>3 Euf. para SUSP.</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	<i>SN</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	<i>Reduzir</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H	<i>Curativo</i>
14	CURATIVO DIÁRIO	
15	<i>Ceftriaxona 1g</i> <i>8/8h</i>	<i>22-06-12</i>
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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

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

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

Ob 120/70 85 37°C

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	<i>120x60</i>	<i>95</i>	<i>36</i>
24 H	<i>120x70</i>	<i>80</i>	<i>36</i>

21 Temp 38°C

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

*paciente no leito no pós-operatório de
com funeiras - fisiofisio - Prescrita -
após SSVV 10/03/12.*



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




PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
------------------	-----	----

PACIENTE	MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA
----------	------------------------------

GNÓSTICO	FX COLO FEMUR E + RADIO E
----------	---------------------------

ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
----------	-----	------	-----	------

IDADE	LEITO	104-2	DATA	05/10/2019
-------	-------	-------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL LIVRE	SN
---	------------------	----

2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	Mante
---	--------------------------	-------

3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SA
---	----------------------	----

4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	
---	---------------------------	--

5		
---	--	--

6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	SA
---	--	----

7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	
---	---	--

8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	OG
---	-------------------------	----

9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
---	---------------------------------	----

10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	16-24-08
----	---------------------------------------	----------

11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	16-24-08
----	------------------------	----------

12	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	22-10
----	----------------------------------	-------

13	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
----	--	--

14	Retorno Monitorar ferida	Retorno
----	--------------------------	---------

15		
----	--	--

16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG.	SN
----	--	----

17	SSVV + CCGG 6/6 H	Redução
----	-------------------	---------

18	CURATIVO DIÁRIO	
----	-----------------	--

19		
----	--	--

20		
----	--	--

21		
----	--	--

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:		
--	--	--

200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70		
--	--	--

DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
---	--	--

EVOLUÇÃO MÉDICA:		
-------------------------	--	--

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

# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,		
---	--	--

NORMOCORADO, HIDRATADO.		
-------------------------	--	--

# SOLICITADO:		
---------------	--	--

# CONDUTA: MANTIDA		
--------------------	--	--

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:		
----------------------------	--	--

# PREVISÃO DE ALTA:		
---------------------	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: *marizom de silva*

Leito: *104-2*

Data: *05/10/19*

Localização		Região: <i>M.C.E.</i>		Região: _____
Etiologia	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <i>Tração</i> ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: _____	Grau: I (☒) II (☐) ☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <i>Tração</i> ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: _____	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros: _____ ☐ Normal ☒ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: _____	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros: _____ ☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: _____
Aparência do Leito	☐ Normal ☒ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: _____	☐ Puro ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____	☐ Puro ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____	☐ Puro ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____
Pele Perilesional	☐ Puro ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____	☐ Puro ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____	☐ Puro ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____	☐ Puro ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____
Tipo de Exsudato	☐ Puro ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____	☐ Puro ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____	☐ Puro ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____	☐ Puro ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco ☐ Outro: _____	☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco ☐ Outro: _____	☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco ☐ Outro: _____	☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco ☐ Outro: _____
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h ☐ Outro: _____	☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h ☐ Outro: _____	☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h ☐ Outro: _____	☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h ☐ Outro: _____
Profissional que realizou procedimento:	Assinatura: <i>[Assinatura]</i> Nome: <i>Dr. Miguel Deodoro</i> Cargo: <i>Coordenador de Enfermagem</i> Assinatura: <i>[Assinatura]</i> Nome: <i>Dr. Ricardo Almeida</i> Cargo: <i>Coordenador de Enfermagem</i>			

29. Ordinal section 8 mg

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

120/70 112 36.9
130x80 116 36.8
120/70 122 37.0
06/06: 130/70 36.0

12th Divisor 500P

As 17th Patient came
24. Apr. (19.)

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

60/05/07/08-220-11-A
11/01/1970-08-03-70

amici e parenti

2201 MOUNT
CINCINNATI
RR 980 POF 87
CH 178 590 595 18

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Maria Zena Ferreira de Oliveira

Leito: 104 - 2

Data: 06 / 10 / 19

Localização	 	Região: <u>mile (femur)</u> Grau: I () II (☒)	 	Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura (☒) Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo (☒) ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização (☒) Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____ (☒) Normal () Macerado () seca () Eritema/ Rubor () Outro: _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema/ Rubor () Outro: _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema/ Rubor () Outro: _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema/ Rubor () Outro: _____
Pele Perilesional	() Outro: _____ () Purulento () Seroso (☒) Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Molhado (☒) Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Quantidade de Exsudato	() Molhado (☒) Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	(☒) Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70% (☒) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Cobertura primária	(☒) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 (☒) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Silvia Paula P. de Silva Téc. em Enfermagem Rég. nº 524.031	Ane Carla de Silva Téc. em Enfermagem Rég. nº 924.522		

104-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA					
AGNÓSTICO FX COLO FEMUR E + RADIO E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	104-2	DATA	07/10/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SUB
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				PRONTO
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				7h
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				
5					
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				7h
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06h
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				5h
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				08h
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				10h
12	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				12h
13	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				10h
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5h
17	SSVV + CCGG 6/6 H				10h
18	CURATIVO DIÁRIO				CURADO
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	127/7	117	-	35.8
18 H	120/70	121	-	36.3
24 H	134/74	123		

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO

CRM-RR 2028

Residente de Ortopedia e Traumatologia

06 p 127x7
TC 123

Paciente no leito, higienizado e trocado
 lençol M e R Verificado SSVV na internação

Coordenadora de Enfermagem
 COREN-RR 419327 - AE

Paciente no leito, feito medicação
 SSVV cpm.

Diana Rafaela Wessingh
 Técnica em enfermagem
 COREN-RR 554 074-TT

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Paciente: *Martigara da Silva*

Leito: *104 - 2*

Data: *04/10/2014*

Localização	 	Região: <i>MSSE</i> Grau: I () II (☒) () LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ☒ Ortopedia () Outro: _____	 	Região: _____ Grau: I () II () () LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo () Ortopedia () Outro: _____
Etiologia	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (☒) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____
Aparência do Leito	(☒) Normal () Macerado () seca () Eritema/ Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema/ Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema/ Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema/ Rubor () Outro: _____
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso (☒) Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Molhado (☒) Úmido () Seco () Outro: _____	() Molhado () Úmido () Seco () Outro: _____	() Molhado () Úmido () Seco () Outro: _____	() Molhado () Úmido () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Cobertura primária	(☒) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	(☒) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	(☒) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	(☒) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 (☒) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Francineide C. Mendes <i>Francineide C. Mendes</i> Téc. em Enfermagem COREN/RN 553.528/TCO <i>Martigara da Silva</i> Téc. em Enfermagem COREN/RN 553.528/TCO			



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

Bloco: A	Data: 08.10.19	Enfermaria: 104	Leito: 02
Nome Completo: Marianna Ferreira de Oliveira	DN: 21/10/86	Sexo: () F (X) M	
Hipótese Diagnóstica:	☐ Padrão ☐ Contato ☐ Gotícula - aerosol ☐ Gotícula - perdigotos		
Isolamento ou Precaução: ☒ Sim ☐ Não	Qual (is):		
Alergia: ☐ Sim ☒ Não	Qual idioma:		
Necessidade de intérprete: ☐ Sim ☒ Não	Obs:		
Possui acompanhante: ☒ Sim ☐ Não	☐ Cadeira de rodas ☐ Fraca ☐ Comprometida/cambaleante		
Deambulação: ☐ Normal ☐ Sem deambulação ☒ Acamado	SISTEMA CARDIOVASCULAR		
SISTEMA NEUROLÓGICO		☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☒ Taquicárdico BC: 125x83mm ☐ Desorientado ☐ Comatoso ☐ Hipertenso PA: 125x83mm ☐ Sedado ☐ Torpido ☐ Hipotenso Pulso: 108 ☐ Agitado ☐ Reage a estímulos ☐ Não reage ☐ Filiforme ☐ Arritmico	
PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
☒ Fotoreagente ☐ Mióticas ☐ Midriáticas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não reagentes		☐ VO ☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE ☐ GTT ☐ NPT Aceitação da dieta: ☒ Sim ☐ Não ☐ Parcial Evacuações: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Colostomia ☐ Normal ☐ Diarreia ☐ Constipação ☐ Melena pastosa Flatos: ☒ Presente ☐ Ausente	
REGULAÇÃO TÉRMICA		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
☐ Afebril ☐ Hipotérmico ☐ Hipertérmico ☒ Febril ☐ Febre ☐ Pirexia		☒ Normotenso ☐ Distendido ☐ Globoso ☐ Flácido ☐ Ascítico ☐ Maciço ☐ Timpânico Fluidos Hidroaéreos: ☒ Presente ☐ Ausente Visceromegalias: ☐ Sim ☒ Não FO: ☐ Sim ☐ Não	
CARACTERÍSTICAS DA PELE		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE	
☒ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Restecada ☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Hipercoreada ☒ Anictérica ☐ Ictérica ☐ Cianótica ☒ Acianótica ☐ Edema Local: ☐ Sim ☒ Não		☐ Espontânea ☒ SVD ☐ Anúria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ Disúria ☐ Colúria ☐ Hematúria ☐ Cistostomia ☐ Irrigação contínua ☐ Uropen	
Região: 37.5°C		SISTEMA RESPIRATÓRIO	
Curativo realizado: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ SIM ☐ NÃO		☒ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☐ Ar ambiente ☐ Traqueostomia Oxigenoterapia: ☐ Sim ☒ Não Qual: FR=2l/min	
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			
Data: 07.10.19		Trocar em: _____	
Cateter Periférico: ☒ Sim ☐ Não	Local: M50	Trocar em: _____	
Cateter Central: ☐ Sim ☒ Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	
Sinais de infecção no sítio da punção:	☐ Sim ☒ Não	☐ Lavagem ☐ Sifonagem	
Sondas: ☐ Sim ☒ Não ☐ SNG	☐ SOG ☐ SNE ☐ SOE ☐ GTT	Quantidade: _____	
Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____	Trocar em: _____	
Cateter Vesical: ☒ Sim ☐ Não	Data da instalação: _____	Local: _____	
Prótese: ☐ Sim ☐ Não	Tipo: _____		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
☐ Deglutição Prejudicada ☒ Risco de infecção ☐ Risco de nutrição desequilibrada ☐ Risco de glicemia instável ☐ Risco de desequilíbrio do volume ☐ Volume de líquidos excessivo ☐ Volume de líquidos deficiente		☒ Risco de lesão por Pressão ☐ Risco de Quedas ☐ Risco de Broncoaspiração ☐ Eliminação urinária prejudicada ☐ Risco de constipação ☐ Comunicação deficiente	
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	
Não ☒	0	Não ☒	0
Sim ☐	25	Sim ☐	20
2. Diagnóstico Secundário		5. Marcha/Deambulação	
Não ☒	0	Normal/Sem deambulação/Acamado ☒	0
Sim ☐	15	Fraca ☐	10
3. Auxílio na Deambulação		Comprometida/Cambaleante ☐	
Nenhum/Acamado/Auxiliado ☒	0	6. Estado Mental	
Muleta/Bengala/Andador ☐	15	Orientado/limitado/conhece as limitações ☒	0
Mobilidade Parada ☐	20	Superaresposta capacidade/Esquece limitação ☐	15
TOTAL: 20	Risco Baixo: 0 - 24 ☒	Risco Médio: 25 - 44 ☐	Risco Alto: maior que 45 ☐
Prescrição para prevenção de queda no verso			

104-2

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA					
AGNÓSTICO FX COLO FEMUR E + RADIO E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	104-2	DATA	09/10/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				6ND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SU
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SU
5					
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT				SU
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SU
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				NTF 16:24
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				16:24
12	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				18:24 06
13	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				18:22
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SU
17	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
18	CURATIVO DIÁRIO				Curativo
19					
20					
21					

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

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

SINAIS VITAIS				Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO CRM-RR 2028 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	PA	FC	FR	
12 H	126x77	112	36,9	
18 H				
24 H				

12h → Pct. no leito, sem queixas algéicas; item @, NTF, a ferida
 SSVV, segue aos cuidados

Handwritten signature
 Prontuário Médico
 Serviço de Ortopedia e Traumatologia
 Hospital Geral de Roraima



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Maria Rosa Silva Oliveira

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

Declaro que:

1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.

2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

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

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

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

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

Boa Vista, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente:

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

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

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

Boa Vista, _____ de _____ de 20____, Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM _____ / _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

HC dia 09/10/19
respostas



HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DR. WILSON FRANCO

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE:

MANOEL FERNANDES DE OLIVEIRA

BLOCO/LEITO:

DATA DA INTERNAÇÃO:

DATA DA ALTA: 22/10/19

IMPRESSÃO CLÍNICA:

Paciente de 47 anos masculino, com queixa de dor no peito, diagnóstico de osteossarcoma de mama.

PRINCIPAIS ACHADOS FÍSICOS, LABORATORIAIS E DE IMAGEM DURANTE INTERNAÇÃO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA DURANTE INTERNAÇÃO:

TRATAMENTOS REALIZADOS:

Osteossarcoma de mama, com tratamento cirúrgico e quimioterápico.

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA HOSPITALAR:

DIAGNÓSTICO(S) NA ALTA:

Osteossarcoma de mama + Doença.

MEDICAMENTOS, ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS NA ALTA HOSPITALAR:

Dr. Marcus Brenner
CRM-RR 1917

MÉDICO RESPONSÁVEL
ASSINATURA E CARIMBO



marizon ferreira de oliveira
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID:
Data: 12/10/2019

Nr: 2580
Tec: TR. WEIDELL

1-3-14



marizon ferreira de oliveira
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID:
Data: 12/10/2019

Nr: 2580
Tec: TR. WEIDELL 79.1 %

ID:

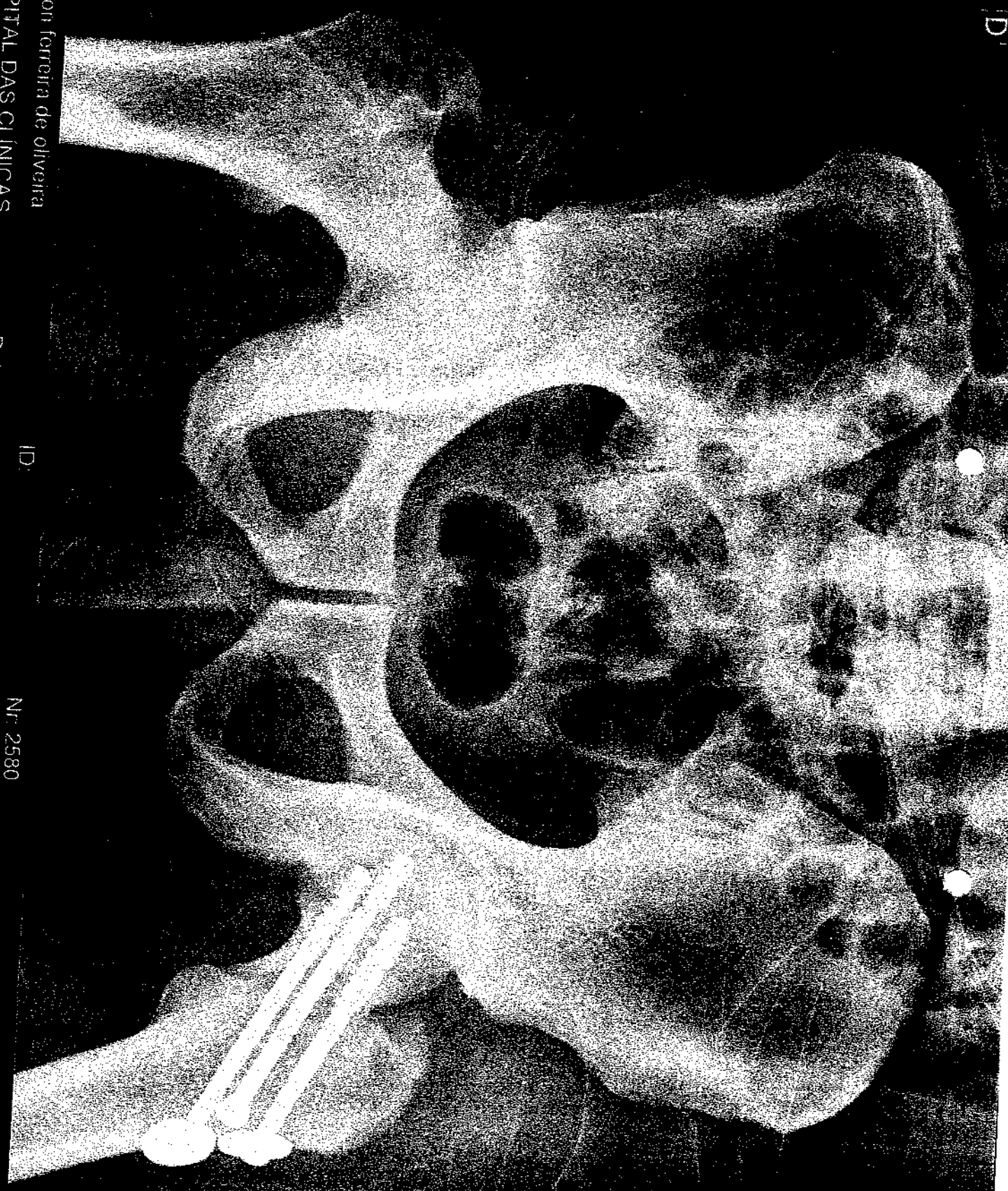
marizom ferreira de oliveira
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID:

Data: 12/10/2019

Nº: 2580

Tec: TR. WEIDELL 63,0 %



1-3114

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

900.306.562-49

marizon Ferreira de Oliveira

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Marizon Ferreira de Oliveira

900.306.562-49

Comerciante

Av. CB PM Jose T.A. Macedo

22016

apartamento

Caraná

Goa 31st

RR

69.313-595

(95)9.9119-0143

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0250 X CONTA: 211.641 3

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

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

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

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

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

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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

Nº da Nota Fiscal 4084040

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	06/12/2019	327	301,24

MILTON FERREIRA DE OLIVEIRA
AV CB PH JOSE T A MACEDO 220 6 - CARANA
CEP: 69.313-595 - BOA VISTA

CPF: 00014278049234

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 18897	Atual: 22/11/2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 18570	Anterior: 20/10/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 30	Próxima leitura: 12/12/2019	Ligação: RITMICA
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 23/11/2019	Número Medidor: 14E0805779
Consumo medido: 327	Apresentação: 22/11/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 327		Modalidade: N 1503729

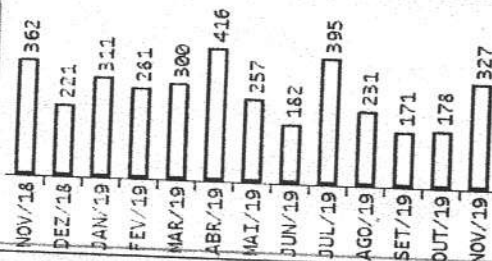
DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	327 A R\$ 0,770011 = 251,79
MULTA POR ATRASO DE 1 09/19-00	2,55
JUROS DE MORA POR ATR 09/19-00	0,50
MULTA POR ATRASO 09/19-00	2,72
JUROS DE MORA DE IMPO 09/19-00	1,63
ILUMINACAO PUBLICA	42,05

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 327 - 0,622263

Média 12 meses: 325

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 09/12/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
10/2019 202,55

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

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	
Energia: 136,15	Encargos: 7,71
Distribuição: 59,63	Tributos: 48,10
Transmissão: 0,00	

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

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

ROT: 7.001.15.02.357720



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

SEU CÓDIGO

0090609-3

TOTAL A PAGAR - R\$

301,24

MÊS FATURADO

11/2019

VENCIMENTO

06/12/2019

Nº da Nota Fiscal: 4084040

FCAM*

83600000003 1 01240075000 1 000000000090 1 60931119008 4



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



CNPJ: 05.938.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.4
RUA NELVIN JONES, 219 - SÃO PAULO - CEP. 09.306-510

ATENDIMENTO
CAEP
0000 230 9520
www.caep.com.br

Matrícula: 534633

Agosto/2019

Dados do Cliente:

IVETE GUIMARÃES COSTA

Endereço para entrega:

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

Inscrição

001.008.057.0089.001

Rota

3

Seq. Rota

4358

Quantidade de Economias

RESIDENCIAL

Hidrometro

Y12S469563

Data de Instalação

31/10/2012

Situação Água

LIGADO

Situação Esgoto

LIGADO

ANTERIOR

807

CONSUMO (m3)

8

NUM DE DIAS

32

LEITURA FAT. 799

LEITURA INF.

DT. LEITURA 12/07/2019 13/08/2019

ULTIMOS CONSUMOS

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

MEDIA 11

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

DESCRIÇÃO

ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

8 M3

23,83

ESGOTO

80.0 % DO VALOR DE ÁGUA

19,06

MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019

0,85

VENCIMENTO:

15/09/2019

TOTAL A PAGAR

43,74

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

Via do Cliente

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/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 COAF**².

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

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

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

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

RG e CPF

☒ Recuso informar

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

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

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

Boa Vista de 27 de dezembro de 2019
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190724364

Vítima: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 26/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190724364

Vítima: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 26/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 00000211641-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: Marizon Ferreira de Oliveira 6 - CPF: 900.306.562-49
7 - Profissão: Comerciante 8 - Endereço: Av. CB PM José T.A. Macedo 9 - Número: 220/16 10 - Complemento: apartamento
11 - Bairro: Laranjeira 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-595
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (95) 9.9119-0143

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 032601/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 26/09/2019 10:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Av: Parimé Brasil

Complemento: crumento com Rua Dr. Zamenhof

Bairro: Caranã

Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MATEUS INÁCIO DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 4

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: CBPM José Tabira de Alencar

Bairro: Caranã

Nº: 220

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

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 33

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Rosa da Silva de Oliveira

Nome do Pai: Milton Ferreira de Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 900.306.562-49

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: CBPM José Tabira de Alencar

Bairro: Caranã

Telefone: (95) 99131-9884 (Celular)

Nº: 220

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

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade 39

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Dr. Zamenhof

Bairro: Caranã

Nº: 1053



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 032601/2019-A01

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

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

ASSINATURAS


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

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



PMRR - CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SÉRIE I

Nº 811.171

27/09

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

LOCAL DA OCORRÊNCIA

END: Av. PARIMÉ BRASIL C/ RUA DRº N° S/N Bairro CARANÁ Ref.: CRUZAMENTO ZEMANHOF

PESSOAS RELACIONADAS

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

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

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

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

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

RG: CNH: Profissão:
CPF: Telefone:

VEICULOS ENVOLVIDOS

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

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

ASSINATURA: [Assinatura] CARGO: APC LOCAL: 3º DP / 15:00

HISTÓRICO

SENHOR (a) DELEGADO (a)

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

R. OLIVEIRA

40.994-4
CADASTROCB PM
GRADUAÇÃO

CIPTUR

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

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000000211641-3

Nr. da Autenticação DCFE7310AFC048A9