

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sr. **ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA**, Brasileiro, Casado, Desempregado, portador da carteira de identidade nº 370210-3 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 702.214.982-81, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Antonia Moreira de Moraes, nº 122, Bairro: Silvio Leite, CEP: 69.317-192, Tel. (95) 99166-2822/99146-4346.

Outorgados: Bel. **EDSON SILVA SANTIAGO**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619, e **OSTIVALDO MENEZES DO NASCIMENTO JÚNIOR**, Brasileiro, Solteiro, Advogado, OAB/RR sob o nº 1280, ambos com endereço profissional à Rua Prof. Agnelo Bitencourt, nº 335 – Centro, Boa Vista/RR, Tel. (95) 3224-1634, onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “ad judicium”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação.

Boa Vista/RR, 23 de janeiro de 2020.


ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



Arlisson Mafra de Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CASA DA LEGISLAÇÃO DO BRASIL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **370210-3** DATA DE EXPEDIÇÃO **03/04/2019**

NOME
ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO
ANTENOR MAFRA DINIZ
FRANCISCA DAS CHAGAS GREGÓRIO DE OLIVEIRA

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR

DOC. ORIGEM
CERTD NASC 63.670 FLS 005V LIV A-90

BOA VISTA-RR

DATA DE NASCIMENTO
13/02/1992

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscópico da Polícia Civil
Diretor do IOC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P1

PROIBIDO PLASTIFICAR

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

<https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSit...>

BRASIL

(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **702.214.982-81**

Nome: **ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA**

Data de Nascimento: **13/02/1992**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **16/07/2014**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **12:45:03** do dia **03/01/2020** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **1C2E.F090.157A.182E**



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJYTY 7DAH7 5PK2B LZ9HA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, eu **ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA**, Brasileiro, Casado, Desempregado, portador da carteira de identidade nº 370210-3 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 702.214.982-81. **DECLARO** para os devidos fins de comprovação e direitos legais, que resido nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Antonia Moreira de Moraes, nº 122, Bairro: Silvio Leite, CEP: 69.317-192, Tel. (95) 99166-2822/99146-4346.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 23 de janeiro de 2020.

* 
Declarante

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA**, Brasileiro, Casado, Desempregado, portador da carteira de identidade nº 370210-3 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 702.214.982-81, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Antonia Moreira de Moraes, nº 122, Bairro: Silvio Leite, CEP: 69.317-192.

DECLARO para que produza os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção do termo e que não posso arcar com as despesas do processo sem prejuízo de meu sustento.

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista/RR, 23 de janeiro de 2020.


ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033490/2019-A03

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/12/2019 10:09 Data/Hora Fim: 18/12/2019 10:34
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 2454 Data: 03/10/2019
Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 03/10/2019 15:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Av. Nazaré Filgueiras

Bairro: Pintolândia

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)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO RICHARDSON PASSOS FEITOSA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade 39
Estado Civil: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua José Aurelizano da Costa Nº: 966
Bairro: Centro

Nome Civil: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA (ENVOLVIDO , VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 13/02/1992
Profissão: Agricultor Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Francisca das Chagas Gregório de Oliveira Nome do Pai: Antenor Mafra Diniz

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 702.214.982-81
RG - Carteira de Identidade: 370210-3

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Antonia Moreira de Moraes Nº: 122
Complemento: Apartamento 01
Bairro: Dr. Silvio Leite
Telefone: (95) 99146-4346 (Recado)

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR



Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 18/12/2019 10:34
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033490/2019-A03

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 035.462.342-78	Placa JXO3912
Renavam 00123326907	Número do Motor 4847778
Número do Chassi 9BRBB48EX95056028	Ano/Modelo Fabricação 2009/2009
Cor CINZA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo TOYOTA/COROLLA XEI18FLEX
Modelo TOYOTA/COROLLA XEI18FLEX	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 07/06/2018	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Richardson Passos Feitosa	Proprietário

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 000.781.912-97	Placa NAT-1480
Renavam 00905897501	Número do Motor G355E-004728
Número do Chassi 9C6KG021070004636	Ano/Modelo Fabricação 2007/2006
Cor AZUL	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/LANDER XTZ250
Modelo YAMAHA/LANDER XTZ250	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
Arlisson Mafra de Oliveira	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O ROP relata que a guarnição foi acionada via CIOPS para ocorrência de acidente de trânsito no local. Que Antonio Feitosa conduzia o Toyota Corolla, placa JXO 3912 e Arlisson conduzia a motocicleta Yamaha Lander, placa NAT 1480. Que Antonio Feitosa informou que transitava pela AV. Nazaré Filgueira sentido Laura Pinheiro, quando no cruzamento em frente ao 2º Batalhão ligou seta indicando a intenção de fazer o retorno à esquerda, momento em que a motocicleta colide na lateral esquerda traseira do Corolla. O condutor da motocicleta aparentava ter fratura no antebraço/mão direita e outros ferimentos na perna. Que o SAMU foi acionado e removeu Arlisson Oliveira ao HGR. Informa que ambos veículos estavam com licenciamento em atraso e foram removidos ao pátio do Detran. Informa ainda que o condutor dois não foi apresentado junto ao relatório por ter sido removido para cuidados médicos. A perícia esteve no local por intermédio do perito Sr. Reginaldo.

É o relato sucinto.

O COMUNICANTE VÍTIMA ARLISSON QUE NÃO É HABILITADO, COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR NESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DE SEGURO DPVAT, QUE A MOTOCICLETA PLACA NAT-1480, QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO NO DIA QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO E SOFREU LESÕES CORPORAIS, ESTÁ NO NOME DE PAULO ALVES BEZERRA DE SOUSA; E QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. É o aditamento/acréscimo.

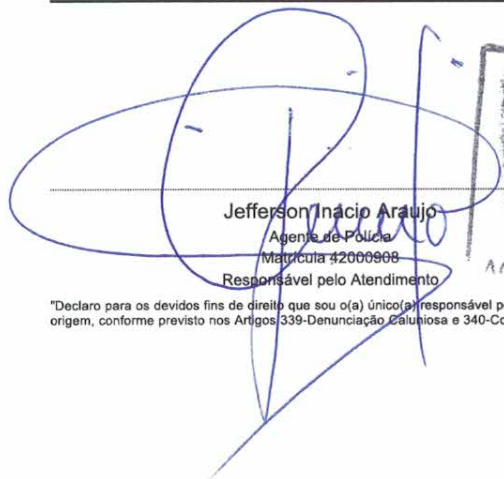


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033490/2019-A03

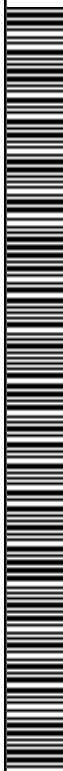
ASSINATURAS


Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula #2000908
Responsável pelo Atendimento




Arlisson Mafra de Oliveira
(Comunicante / Envolvido / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e deixo 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."



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação		Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
Secretaria de Estado da Saúde		Vermelho		Vermelho		Vermelho		Vermelho	
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		Laranja		Laranja		Laranja		Laranja	
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		Amarelo		Amarelo		Amarelo		Amarelo	
		Verde		Verde		Verde		Verde	
		Azul Ass.		Azul Ass.		Azul Ass.		Azul Ass.	
1901169459 03/10/2019 15:22:54		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19 28			
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA		13/02/1992		27 A 7 M 19 D		898004530839054		00055742	
Tipo Doc		Documento		Orgão Emissor		Data Emissão		Sexo	
IGNORADO								M	
Mão		Pai		Raça/Cor		Naturalidade		Nacionalidade	
FRANCISCA DAS CHAGAS GREGORIO DE OL		ANTENOR MAFRA DINIZ		PRETA				BRASILEIRA	
Endereço		Contato		Ocupação					
RUA - DANDAE PINHO - 129 - CINTURAO VERDE - BOA VISTA - RR		(95) 98119-4469		NÃO INFORMADA					
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo de Atendimento		Caráter de Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA							
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:		Peso	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL				ANTONIA.SOARES		Pressão	
Queixa Principal		☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue			
Acidente de moto									
Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL					
		AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA 15:22 h)									
Colisão com o veículo									
Queda de dor em antebraço @ +									
Exame Físico									
Hematomas na região do antebraço, dor formigante									
Hipótese Diagnóstica									
Fratura exposta antebraço @									
Fratura r. r. @									
SADT - Exames Complementares									
☒ RAIOS-X		☐ ULTRA-SOM		☐ TC		☐ SANGUE		☐ URINA	
☐ ECG		☐ OUTROS:							
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO					
Ortopédica									
1) Difenidramina 1g IV									
2) Tilosol 400mg IV									
Condução		Dr. Elder Soares		Ortopedia e Traumatologia		CRM 1628/RR			
☐ Alta por Decisão Médica		☐ Ambulatório		☐ Observação (Até 24h)		☐ Internação			
☐ Alta a Pedido		☐ Data e Hora da Saída/Alta:							
☐ Alta a Revelia									
☐ Transferência para:									
Óbito		Antes do 1º Atendimento?		☐ Sim ☐ Não		Destino:		☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica	
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico		GIVAGIO Henrique R. da Silva		Asp. QDCON - Médico		CRM-RR 1628	
Impresso por: antonia.soares		Data Hora: 03/10/2019 15:25:00							

Ortopedia Dr. Jonathan
paciente vítima de acidente com motor
com fratura exposta de omoplata direita,
direita, oblíqua além de fratura
fechada de malleolo medial do
tornozelo direito.

Realizado avaliação do ferimento,
região com deformidade ferimento profundo
CD: Ao Centro Cirúrgico.

Ciprofloxacina 400mg EV
Clindamicina 600mg EV
ATT 0,5ml IM → 17h

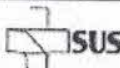
Geovânia A. Cruz
CRM-RR 581.883-7

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964

18 horas, Centro Cirúrgico comunitário
por 3 vezes, porém não foi solda
disponível, depois realizado LMC e
sobe gesso e atadura. Oms. 51 exposta após o
atendimento.
Internação
Da 11h p/ Dr. Rague

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964
Dr. Moisés Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964

ANEXO I

 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			
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				Masc. ☒ 1		Fem. ☐ 3	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	
						16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
Fx aneurisma D + TAE D, decorrent ocident brônquile LML + clorotico pulmonar D + redução Coronari							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
Excm fis + R+							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL							
Fx aneurisma D + TAE D							
21 - CID 10 PRINCIPAL							
22 - CID 10 SECUNDÁRIO							
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26 - CLÍNICA							
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO							
28 - DOCUMENTO							
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO							
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)							
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO							
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO							
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO							
36 - CNPJ DA SEGURADORA							
37 - Nº DO DANFETE							
38 - SÉRIE							
39 - CNPJ EMPRESA							
40 - CNAE DA EMPRESA							
41 - CBOR							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO							
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR							
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							
45 - DOCUMENTO							
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)							

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO	FX ANTEBRAÇO D + TNZ DIREITO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	15	LEITO	425	DATA	10/10/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				San
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				montan
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18 06
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				18 24 06 12
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Datame
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO SN				SN
15					
16					
17					
18	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				
19					
20					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
DR MARCUS BRUNNER CRM/1917 DR MARCELO MARQUES CRM 1918					
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					





SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Anderson Flávia de Oliveira HD Px. de Antecipação D+IVZ

DATA: 11/10/18 SEXO: M () F IDADE: 425 PESO: 425 KG. LETO: 425 • ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS				
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA	
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()	DATA: _____			
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()	DATA: _____			
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()	DATA: _____			
DRENOS? SIM () NÃO ()	QUAL? _____			
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES				
1-FERIMENTO 2-ABRASÃO 3-HEMATOMA 4-DEFORMIDADES 5-FRATURA EXPOSTA 6-EDEMA 7-AMPUTAÇÃO				
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()				
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO				
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA				
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINuíDA				
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA				
OBS: _____				
TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO				
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO				
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO				
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO				
MÚRMURROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____				
RUIDOS AVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÓNCOS () ESTERTORES () SIBILUS				
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:				
() HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALÍDA () RUBORIZADA () ICTERÍCA				
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA				
TEMPERATURA DA PELE: () NÓRME () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA				
APARELHO CARDIOVASCULAR				
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()				
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINuíDA				
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME				
PULSO: () NÓRMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE				
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____				
APARELHO GASTROINTESTINAL				
APETITE: () NÓRMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO				
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () V.M.G PALPÁVEL				
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NÓRMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA				
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE:				
() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVO () LIMPA () CONCENTRADA				
() HEMATÚRIA () COLÚRIA () OIGÚRIA () POLÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA				

DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
() RISCO DE INFECÇÃO	() MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____ H
() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANter MONITORIZAÇÃO
() ANSIEDADE	() MANter CABECEIRA ELEVADA _____
() MEDO	() ASPIRAR VIAS T/OT _____
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() RISCO PARA NUTRIÇÃO	() ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS
() DESCULIBRADA	() ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____/____ H
() FADIGA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() RISCO PARA QUEIDAS	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() AUTOESTIMA PERTURBADA	() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() DIARREIA	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() CONSTIPAÇÃO	() MANter JEIUM A PARTIR DAS: ____ H
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR DEXTRO ____/____ HORAS
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR BANHO NO LETO
() DOR	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____/____ H
() HIPOTERMIA	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() HIPERTERMIA	() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
() CONFORTO PREJUDICADO	() OUTROS _____
() DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO	
() OUTROS: _____	



A63 (cavador)

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA				
AGNÓSTICO FX ANTEBRAÇO D + TNZ D				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	63	DATA	04/10/2019
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 + 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 1X DIA			
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			
13				
14				
15				
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
17	SSVV + CCGG 6/6 H			
18	CURATIVO DIÁRIO			
19				
20				
21				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA: # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:				
SINAIS VITAIS				Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO CRM-RR 2028 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	PA	FC	FR	
12 H	144/84	55	15,8	
18 H	55			
24 H				

Seh. paciente agindo al-
gum, sendo depurado e em
preço SSVV, medicado
2.p.m.

Jacqueline Vieira de Aguiar
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 54997-TE



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE CLÍNICA DA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA HOSPITAL DE CLÍNICAS

HC

DATA DE ADMISSÃO	4/10/2019	DIH	4/10/2019	DN	22/8/2004
PACIENTE	ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO	FX ANTEBRAÇO D + TNZ D				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	15	LEITO	425		4/10/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN D
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SF 0,9 % 500ml EV SN				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SN
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO 8/8H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN				SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8H				06:00 06:00 12:00
9	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				06:00 06:00 12:00
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				06:00 06:00 12:00
11	CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110MMHG				SN
	SSVV + CCGG 6/6H				ROTINA
	CURATIVO DIÁRIO				M
	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					

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	140/80	60	—	36,5°C
12 H				
18 H				
24 H	140/80	61	—	36,5°C

[Handwritten signature]
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA





SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME:

Adriana Maria de Oliveira

HD

F. J. Tormento

DATA:

04/10/19

SEXO: () M () F

IDADE

PESO

KG.

LEITO

425

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATER	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATER CENTRAL			
CATER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()		DATA:	
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()		DATA:	
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO ()		DATA:	
DRENOS: SIM () NÃO ()		QUAL?	



LESÕES

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

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

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

- NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALÉRGICO () COMATOSO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA
ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINuíDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS:

TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MÚRMURROS VESICULARES: () PRESENTE () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

- () HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALEA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CAROTÍDICA () ACIANÓTICA () MACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

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

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
R.L.R.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLACIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMO PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELÚRIA

APARELHO GENITURINÁRIO/OUTROS:

- () ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () ÚTERO () CONCEBIDA
() HEMATURIA () COLÚRIA () LOQUIRIA () HEMORRÁGICA () GISTURIA () ANÚRIO

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() Desequilíbrio
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ
() TERAPIA
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() 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
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO
() OUTROS:
- () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____ / ____ H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABECERA ELEVADA ____
() ASPIRAR VAS /TQT ____
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERUSO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____ / ____ H
() OBSERVAR COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENSO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEIUM A PARTIR DAS: ____ H
() REALIZAR DEXTRO ____ / ____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____ / ____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM:
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
() OUTROS





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, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007619

Vítima: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 03/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ARLISSON MAFRA 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\$ 6.412,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 6.412,50

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 0000012197-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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,

Pag. 00803/00804 - carta_15R - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8LG A8AMA LVM7W VDFLR