



Paulo Sérgio de Souza
Advocacia & consultoria

Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317 B

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA __ VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA, brasileiro, solteiro, autônomo, portador da cédula de identidade RG N° 356322-7 SSP/RR, inscrito no CPF sob n° 944.205.801-00, residente e domiciliado na AV: Jardim, n° 403, Bairro: Cidade Satélite, Cidade: Boa Vista/RR, Telefone: 99122-2322, e-mail: paulosouzavcm@hotmail.com, neste ato representada por seu advogado e procurador que esta subscreve, conforme procuração anexada à presente, com escritório profissional situado na Rua General Penha Brasil, n° 102, Centro – Boa Vista e Rua Ulisses Guimarães n° 436 Rorainópolis, onde recebe notificações que o caso requer, vêm, **respeitosamente**, à presença de Vossa Excelência, propor a presente,

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

Em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ 09.248.608/0001-04, com endereço na Rua Senador Dantas, 74, 5° andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20031-205, e-mail: Desconhecido, face aos seguintes fatos e fundamentos jurídicos adiante expostos.

DA JUSTIÇA GRATUITA

O Autor preenche os requisitos legais para a obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, nos termos das Leis n° 5.584/70 e 1.060/50, com a redação que lhe deu a Lei n° 7. 510/86, requerendo, portanto, sejam-lhe concedidos os aludidos benefícios, tendo em vista tratar-se de pessoa pobre,

1. DOS FATOS

O demandante, no dia **03 de agosto de 2019, por volta das 12:05h**, foi vítima de acidente de trânsito ocorrido na localidade **da Rua: Dom Jose Nepote no município de Boa Vista-RR**, evento este que lhe causou deformidade de caráter permanente suportada até os dias atuais.

Do acidente resultou: **"DESCRIÇÃO: trauma em tornozelo D"** conforme laudo médico (doc. anexo).

Deste modo, o vindicante, ciente dos seus direito ao seguro obrigatório (DPVAT), promoveu, por meio de solicitação administrativa, o pagamento da apólice a título de validade, como bem reconheceu a seguradora ao lidar provimento a indenização DPVAT, depositando-lhe a quantia de R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), em 25/11/2019.

São os fatos de forma sucinta.

2. DO DIREITO

A lei que rege o seguro DPVAT é a Lei n° 6194/74 com as posteriores modificações implementadas pelas Leis n° 8441/92, n° 11.482/07 e n° 11.945/09.



Paulo Sérgio de Souza
Advocacia & consultoria

Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317 B

A Lei nº 6.194/74, reguladora do Seguro DPVAT, após a reforma imposta pela Lei 11.482/07, limitou o quantum indenizatório referente aos danos cobertos pelo seguro em caso de morte no valor de 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), no caso de invalidez permanente em até o valor de 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais) no caso de despesas de assistência médica e suplementar.

A citada legislação pertinente à matéria trouxe uma tabela proporcional de percentual de perda/debilidade de membros, órgãos e funções do corpo humano, classificando-os em 10%, 25%, 50%, 75% e 100%.

Acontece que o laudo de avaliação médica acostado traz a natureza das lesões sem, contudo, tratar da extensão das lesões conforme preceitua a tabela citada.

Também, a seguradora pagadora do sinistro não apresentou, no momento do pagamento do seguro, quais seriam as extensões das lesões sofridas dentro da referida tabela, limitando-se a fazer um depósito em conta corrente da requerente sem esclarecer a extensão dos danos sofridos dentro da tabela.

É de se destacar, por imperioso, que **o recibo de quitação administrativamente recebido pela requerente foi lavrado em termos genéricos. Dessa forma, não se pode aferir quais lesões e suas devidas extensões foram pagas administrativamente, sendo imprescindível o acionamento judicial para a exata verificação das extensões sofridas via perícia complementar.**

O STJ se pronunciou a respeito:

O recibo dado pelo beneficiário do seguro em relação à indenização paga a menor não o inibe de reivindicar, em juízo, a diferença em relação ao montante que lhe cabe de conformidade com a lei que rege a espécie. (REsp 296675 /SP. RECURSO ESPECIAL 2000/0142166-2. Relator Ministro ALDIR PASSARINHO JUNIOR. Quarta Turma. Data do Julgamento 20/08/2002. Pub. DJ 23.09.2002, p. 367).

3. DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PERÍCIA

Embora, via de regra, seja a produção de prova pericial a cargo do requerente, (CPC, I, art. 333), no presente caso necessário se faz o decreto de inversão do ônus da prova nos termos do artigo 6º, VIII do CDC, para fins de aferição do grau (percentual) da lesão incapacitante, vejamos:

"Art. 6º - São direitos básicos do consumidor:

(...)

VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências."

Cite-se nesse sentido os seguintes julgados:



Paulo Sérgio de Souza
Advocacia & consultoria

Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317 B

TJMS-056999) AGRAVO DE INSTRUMENTO - AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) - INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA - APLICAÇÃO DO CDC - FIXAÇÃO DOS HONORÁRIOS DE PERITO - QUANTUM - ARBITRAMENTO - REDUÇÃO - RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE - RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.

Tratando-se da relação de consumo, o artigo 6º, VIII, do CDC prevê a possibilidade de inversão do ônus da prova, ante a hipossuficiência do consumidor nas relações de consumo, ou até mesmo, ante a verossimilhança de suas alegações. Os honorários periciais devem ser fixados, proporcionalmente, e em atenção ao princípio da razoabilidade, observando-se os quesitos a ser respondidos e considerando, precipuamente, o local da prestação do serviço, a natureza, a complexidade da perícia, o tempo despendido pelo perito no trabalho realizado, e o grau de zelo profissional. (Agravo nº 2011.023779-7/0000-00, 4ª Turma Cível do TJMS, Rel. Josué de Oliveira. unânime, DJ 23.09.2011).

TJSP-141845) AGRAVO DE INSTRUMENTO - SEGURO DE VEÍCULO (DPVAT) - INDENIZAÇÃO - INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA - PROVA PERICIAL - HONORÁRIOS PERICIAIS A SEREM SUPOSTADOS PELA RÉ. (GN)

"A inversão do ônus da prova significa também transferir ao réu o ônus de antecipar as despesas da perícia tida por imprescindível ao julgamento da causa." Agravo de Instrumento. Seguro de veículo (DPVAT).

3. DO VALOR DEVIDO

A lei nº 6.197/74, com sua redação dada pela lei 11.482, de 31 de maio de 2007, impõe novos valores. Agora, destarte, as indenizações do seguro DPVAT estão atreladas aos valores estabelecidos pelo art. 8º da lei 11.482/07, que alterou o art. 3º da lei 6.194/74, fixando novo valor para indenização, por invalidez permanente, verbis:

"Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo Seguro estabelecidos no artigo 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vítima:

II- até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente;

Esse é o entendimento do tribunal de Santa Catarina, vejamos;

AGRAVO DE INSTRUMENTO COMPLEMENTAÇÃO DE SEGURO DPVAT. PROVA PERICIAL. APURAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ. DESNECESSIDADE. PAGAMENTO DE PARTE DO VLR DEVIDO. A TÍTULO DE SEGURO DPVAT PELA



Paulo Sérgio de Souza
Advocacia & consultoria

Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317 B

SEGURADORA. RECONHECIMENTO IMPLICITO DA INVALIDEZ PERMANENTE DA VITIMA. RECURTOSO PROVIDO. (TJSC Agravo de instrumento: AI 743444 SC 2009.074344-4; Relator (a): Nelson Schaefer Martins; julgamento: 20/04/2010; Órgão Julgador: Segunda Câmara de Direito Civil; publicação Agravo de Instrumento n. 2009.074344-4)

A legislação é clara no valor que deve ser pago no caso de invalidez permanente, de vítimas de acidente de trânsito, ou seja, R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), e não apenas o valor de R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), que demonstra flagrante equivocada "voluntariamente ou não", a quitação realizada pela Requerida, e o consequente pagamento parcial.

Sendo assim, vislumbra-se, pois, o bastante fundamento do presente pleito de cobrança, devendo ser condenada a Ré a pagar ao Autor a diferença entre o indenizado e o devido, que corresponde a R\$ 11.137,50 (onze mil cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos), acrescentando-se ainda 1% (um por cento) ao mês e correção monetária com base no IPCA-E, adotado pela eg. TJRR, ambos desde o dia em que houve o pagamento enganoso até o dia do efeito cumprimento da obrigação.

4. DOS PEDIDOS

Ante o exposto, requer a Vossa Excelência:

- a) Seja decretada a gratuidade judiciária eis que o Requerente é pobre na forma da Lei nº 1.060/50, não podendo arcar com custas e despesas processuais sem prejuízo do seu próprio sustento nem da sua família¹, conforme declaração em anexo.
- b) Seja decretada a inversão do ônus da prova, inclusive, quando ao pagamento de eventuais honorários periciais, eis que é verossímil a alegação fática do requerente e é pobre nos termos da lei (Art. 6º, inc. VIII do CDC);

Protesta provar o alegado por todos os gêneros probatórios permitidos em direito, notadamente depoimento pessoal das partes, inquirição de testemunhas, juntada posterior novos documentos, se necessário for, perícia, todas desde logo e requeridas

- c) A total **PROCEDÊNCIA** do pleito autoral, para condenar a requerida a pagar indenização R\$ 11.137,50 (onze mil cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos), **incidindo juros de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária com base no IPCA-E, adotado pelo E. TJRR, incidentes desde o ilícito praticado até o efetivo cumprimento da obrigação.**
- d) A condenação da demandada nos honorários advocatícios, não inferior a 20% do valor da condenação, e nas custas judiciais, em caso de recurso;
- e) Desde já a Requerente, com fulcro no artigo 310, VII, do CPC/2015, manifesta-se ao interesse de não haver audiência de conciliação, haja vista a Requerida Seguradora Líder não realiza acordo antes

¹ Consoante **art. 4º caput e § 1º da Lei 1.060/50**, "*a parte gozará dos benefícios da assistência judiciária, mediante simples afirmação, na própria petição inicial, de que não está em condições de pagar as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo próprio ou de sua família*", até prova em contrário. Assim entende a jurisprudência, uníssona (**STF e STJ**).



Paulo Sérgio de Souza
Advocacia & consultoria

Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317 B

do laudo da perícia medica, sendo assim reitera pela dispensa da audiência de conciliação, ou que esta seja designada somente após a realização da perícia medica.

Dá à causa o valor de R\$ 11.137,50 (onze mil cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos), para efeitos fiscais.

Nestes termos, pede deferimento.

Boa Vista, 20 de dezembro de 2019.

Paulo Sergio de Souza

OAB/RR 317B



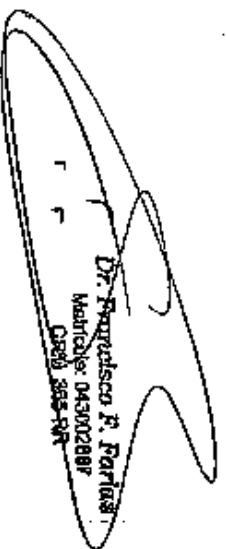
DR. FRANCISCO FERREIRA DE FARIAS JÚNIOR - CRM 365/RR
Av. Nossa Senhora da Consolata 597 - CEP 69.300-000 - Boa Vista/ RR
Fone: (95) 98111 7525 - E-mail: fariasrj2005@gmail.com

Exame Médico

Sr. Jean Freia Alves da Souza, C.I 356322-7 SSP/RR
relata de acidente de trânsito, com diagnóstico de fratura exposta
do tornozelo direito, conforme ficha de atendimento 1901143776,
de 03/06/19 do P.S. FIC 84860. Foi realizada tratamento com
gesso sobre a fratura. Atualmente apresenta com
edema do tornozelo, mobilidade limitada e dor. Apresenta
limitação para deitar, hiperintensão e náusea intensa e sensação de
tornozelo direito. Apresenta dor a mobilidade sobre a perna
durante exame clínico.

Conclusão: Paciente com lesão fratura
permanente de membros inferiores direito.

Boa Vista, 08/11/2019


Dr. Francisco F. Farias
Médico - CRM 365/RR





GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

Paulo Sergio de Souza

Facilito a entrega do
pedido de indenização
em 03/05/19, e

pedido de indenização
em 03/05/19, e
pedido de indenização
em 03/05/19, e


03/05/19

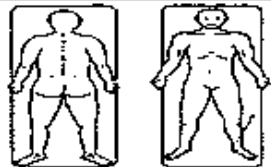
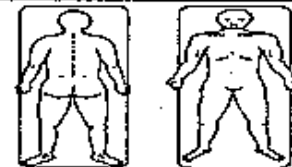

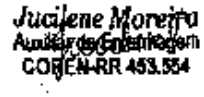
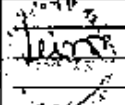
Assinado digitalmente

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
Rua General Pereira 430 - Centro - 20040-001 RJ
CEP: 20040-001 RJ - CEP: 20040-001 RJ



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas –	Paciente: <u>Jose Garcia Alves</u>			
	HGR	Leito: <u>401-J</u>	Data: <u>08/08/19</u>		

Localização		Região: <u>M. I. D.</u>		Região: _____
Etiologia	Grau: I () II (X) () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro: <u>F.O</u>		Grau: I () II () () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro:	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____		() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	
Pele Perilesional	(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	
Tipo de Exsudato	() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento (X) Serossanguíneo () Seco () Outro: _____		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco		() Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	
Troca	() 12/12 (X) Diário <u>manhã</u> () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	 Fátima N. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 449.709		 Jucilene Moreira Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554	
Observações:	 _____ _____ _____		_____ _____ _____	



101-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO DIH DN			
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA			
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D			
ALERGIAS	HAS	DM2	DATA
IDADE	52	401-1	08/08/2019
ITEM	HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	AVP		
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N		
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N		
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N		
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		
8	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6		
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12		
12	SSV + COGG 6/6H		
13	CURATIVO DIÁRIO		
14	FOLICITA 100 mg		
15	FOLICITA 100 mg		
16	FOLICITA 100 mg		
EVOLUÇÃO MÉDICA:			
#ENCONTRO PACIENTE DETADO NO LETO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES			
#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.			
#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO			
CONDUTA: MANTIDA			
SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	120/61	73	20
18 H	120/61	88	19
24 H	124/61	72	19

00 10/06/05 93 36,22

Dr. José Augusto de Souza
CRM-RN 565



Bloco D

405-1
405-1
04/08/2019
Fm - Souza

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
Serviço de Ortopedia e Traumatologia
Prescrição Médica

Unidade de Saúde

Unidade de Saúde

Unidade de Saúde

Unidade de Saúde

Unidade de Saúde

Unidade de Saúde

Unidade de Saúde

PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA

DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D

ALERGIAS 52 HAS LEITO 401-1 DATA 04/08/2019

ITEM 1 DIETA ORAL LIVRE HORARIO 3:00

2 AVP 100mg

3 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG 5:00

4 TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N 5:00

5 DIFERONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6 S/N 14:00

6 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N 8:00

7 PLASIL 10MG EV 8/8 S/N 8:00

8 TRAMAL 100MG + SFQ 9% 100ML EV DE 8/8 SE DOR INTENSA 14:00

9 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N 14:00

10 CINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6 14:00

11 CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12 12:00

12 SSV + CCGG 6/6H 12:00

13 CURATIVO DIÁRIO 12:00

14

15

16

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; 401-450: 10 UI E OU GLICOSE 5 70 DLML GLICOSE
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DETIDADO NO
LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	140/80	82	-	26.7
18 H	150/90	84	-	36.1
24 H	140/90	92	18 mmHg	35.9


06/08/2019 89 36,1°C

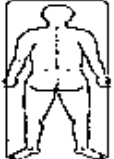



Dr. Paulo Sérgio de Souza
Médico Ortopedista

401-1

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Alcôf: D		Data: 09/08/19	
Nome Completo: JOAO GARCIA ALVES DE SOUZA		Enfermeira: 401	
Hipótese Diagnóstica:		Leitor: 01	
Isolamento ou Prevenção: () Sim (X) Não		Qual(is):	
Necessidade de Intérprete? () Sim (X) Não		Qual idioma:	
Postul acompanhante: (X) Sim () Não		Obs:	
Deambulação: (X) Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/ambaleante			
SISTEMA NEUROLÓGICO			
(X) Consciente	() Orientado	() Desorientado	
() Sedado	() Torpido	() Comatoso	
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	
PUPILAS			
(X) Fotoreagente	() Mídicas	() Miátricas	
(X) Isocóricas	() Anisocóricas	() Não reagentes	
REGULAÇÃO TÉRMICA			
(X) Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	
() Febril	() Febre	() Pirexia	
() Hiperpirexia			
CARACTERÍSTICAS DA PELE			
(X) Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	
(X) Normocrômica	() Hipocrômica	() Hiperocrômica	
() Anictérica	() Ictérica	() Conúctica	
() Acandótica	() Edema local		
Úlcera por pressão: () Sim () Não			
Rebido:			
Curaivo realizado: () Sim () Não	TC: () SIM () NÃO		
(X) Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	
Oxigenoterapia	() Sim () Não		
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Normotônico	() Dispendido	() Globoso	
() Astótico	() Mácrico	() Timpânico	
Ruidos hidroaéreos:	() Presente	() Ausente	
Viceregonal:	() Sim () Não	FC: () Sim () Não	
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			
() Espontânea	() SVD	() Anúria	() Oligúria
() Polúria	() Diúria	() Colúria	() Hematúria
() Cistonomia	() Irrigação contínua	() Uropen	
CONTRÓLE DE CATETERES/SONDAS/ORENOS/ORTESES E PROTÊSES			
Cateter Periférico: () Sim () Não	Local: _____	Data: _____	Trocar em: _____
Cateter Central: () Sim () Não	Local: _____	Curaivo realizado em: _____	Trocar em: _____
Sinais de infecção no sítio da punção:	() Sim () Não	() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem () Sifonagem
Sonda: () Sim () Não () SNG	Aspecto da secreção: _____		Quantidade: _____
Ouro de: _____	Data da instalação: _____		Trocar em: _____
Cateter Vesical: () Sim () Não	Tipo: _____		Local: _____
Prétese: () Sim () Não			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Oregulação Prejudicada	() Prisão respiratória ineficaz	() Risco de lesão por Pressão	
() Risco de infecção	() Vent. lúxto espontânea prejudicada	() Risco de Quedas	
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração	
() Risco de glêmia instável	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada	
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Risco de constipação	
() Volume de líquidos excessivo	() Ruído de sono prejudicado	() Comunicação deficiente	
() Volume de líquidos deficiente	() Cuid. no autocuidado para Higiene		
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salivado	
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/ambaleante	
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0	Estado mental	20
Muleta/Bengalia/Auxiliador	15	Orientado/limitado/conhece as limitações	0
Mobilidade Paralela	30	Superfície capacidade/esqueleto limitado	15
TOTAL:	Risco Baixo: 0 - 24	Risco Médio: 25 - 44	Risco Alto: maior que 45
Prescrição para prevenção de queda no verso			

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -	Paciente: <u>Jose Rancio Alves</u>			
	HGR	Leito: <u>401.1</u>	Data: <u>07/08/2019</u>		

Localização	 	Região: <u>MIO</u> Grau: I () II (X)	 	Região: <u>MIO</u> Grau: I () II (X)
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>Tracção</u> <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>Tracção</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>leucorreia</u>	
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: <u>pouco</u>	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:		<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Morais Técnica Enfermagem COREN-RR 965 1	Ana Carolina da Silva Garcia Téc. em Enfermagem COREN-RR 904 622	Vanessa da Silva Morais Técnica Enfermagem COREN-RR 965 1	Ana Carolina da Silva Garcia Téc. em Enfermagem COREN-RR 904 622
Observações:	<hr/> <hr/> <hr/>		<hr/> <hr/> <hr/>	



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
20190808 RORAIMA Unidade de Referência			
DATA DE ADMISSÃO	DH	DN	
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA			
DIAGNOSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	07/08/2019
ITEM		HORARIO	
1	DIETA LIVRE		
2	AVP		
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N		
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N		
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N		
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		
8	TRAMAL 100MG + SFD 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V/O 8/8 HRS S/N		
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU ZCP 300MG VO 6/6		
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12		
12	SSV + CCGG 6/6H		
13	CURATIVO DIÁRIO		
14			
15			
16			
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 DLML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:			
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES			
# EXAME FÍSICO: REG. LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.			
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUZIR: MANTIDA			
SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	140/83	84	17
18 H	138/79	80	17
24 H	132/71	80	17

Dr. Marcos Antônio
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RJ 1986

OGA 13080 a2 Jampa 3610e



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão:08

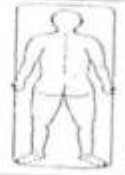





Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: JOSÉ GARCIA

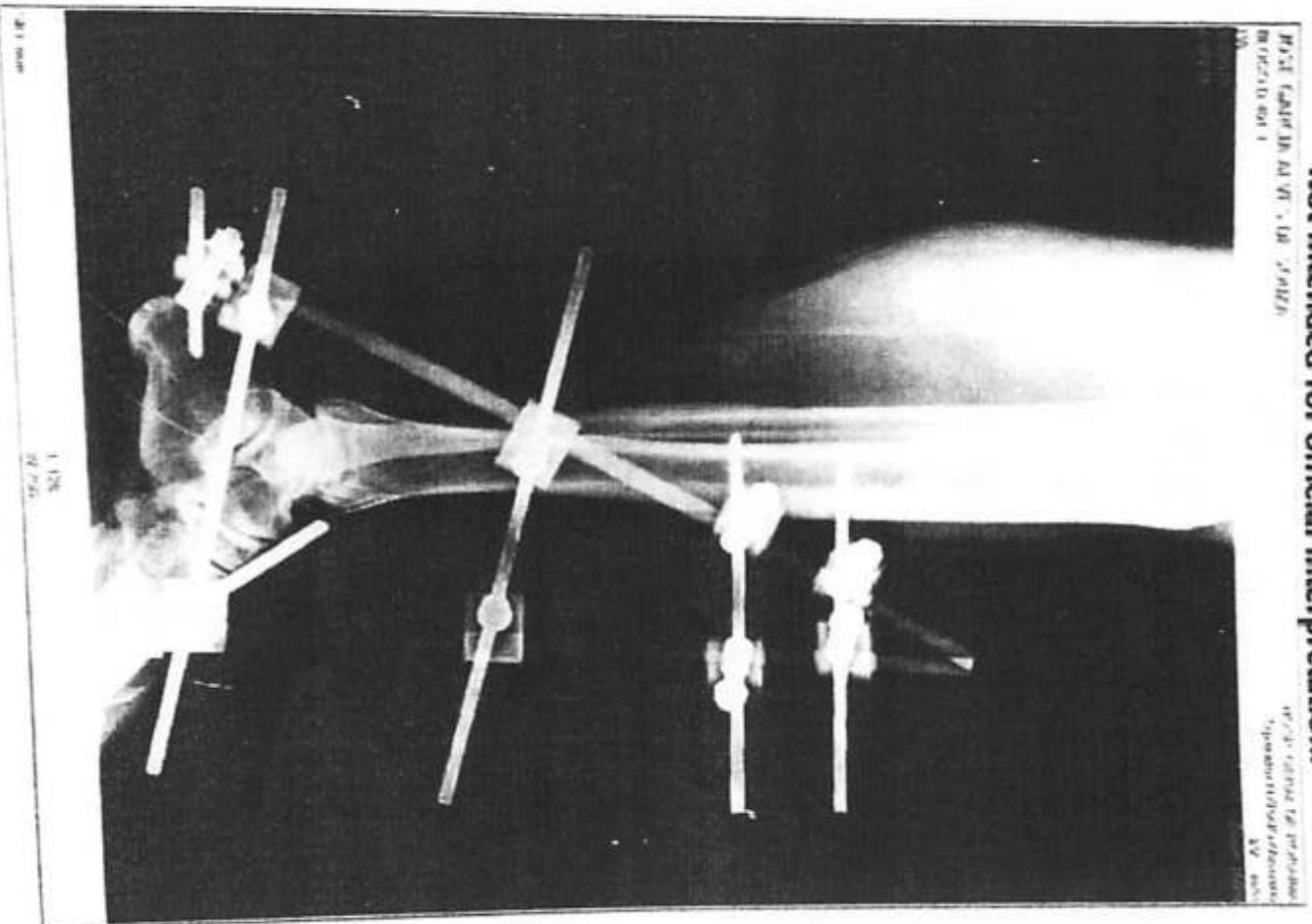
Leito: 404-1

Data: 06/08/19

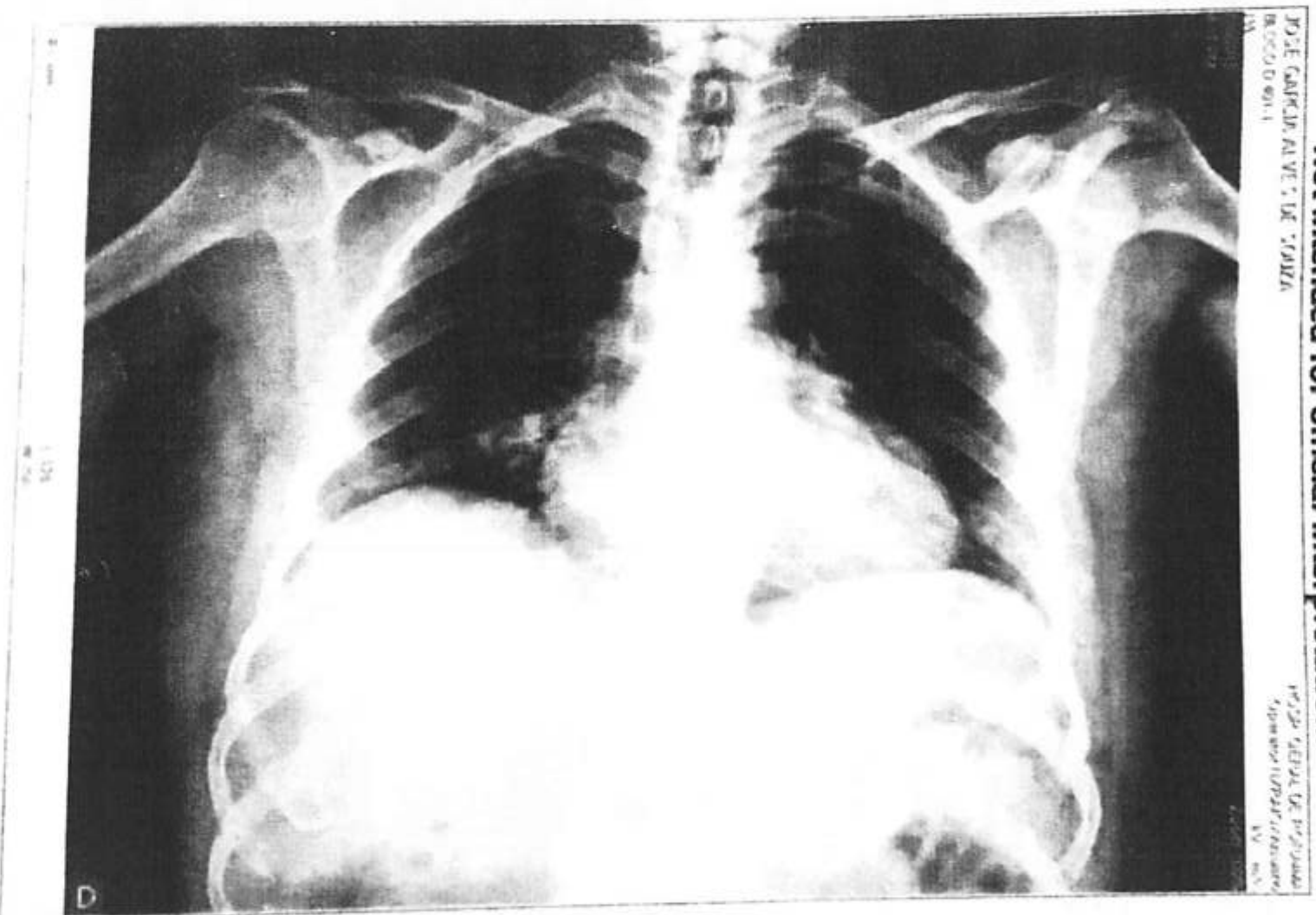
Localização	 	Região: <u>MIO</u>	 	Região: _____
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: Tração <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____		() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____		() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro: _____		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	() Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido () Seco		() Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70%		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>AGE</u>		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	
Troca	() 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	 Bruna S. Pereira Técnica de Enfermagem COREN-RR 615.356		 Berenice Sônia Carlos Téc. de Enfermagem COREN-RR 357.72	
Observações:	_____ _____ _____		_____ _____ _____	



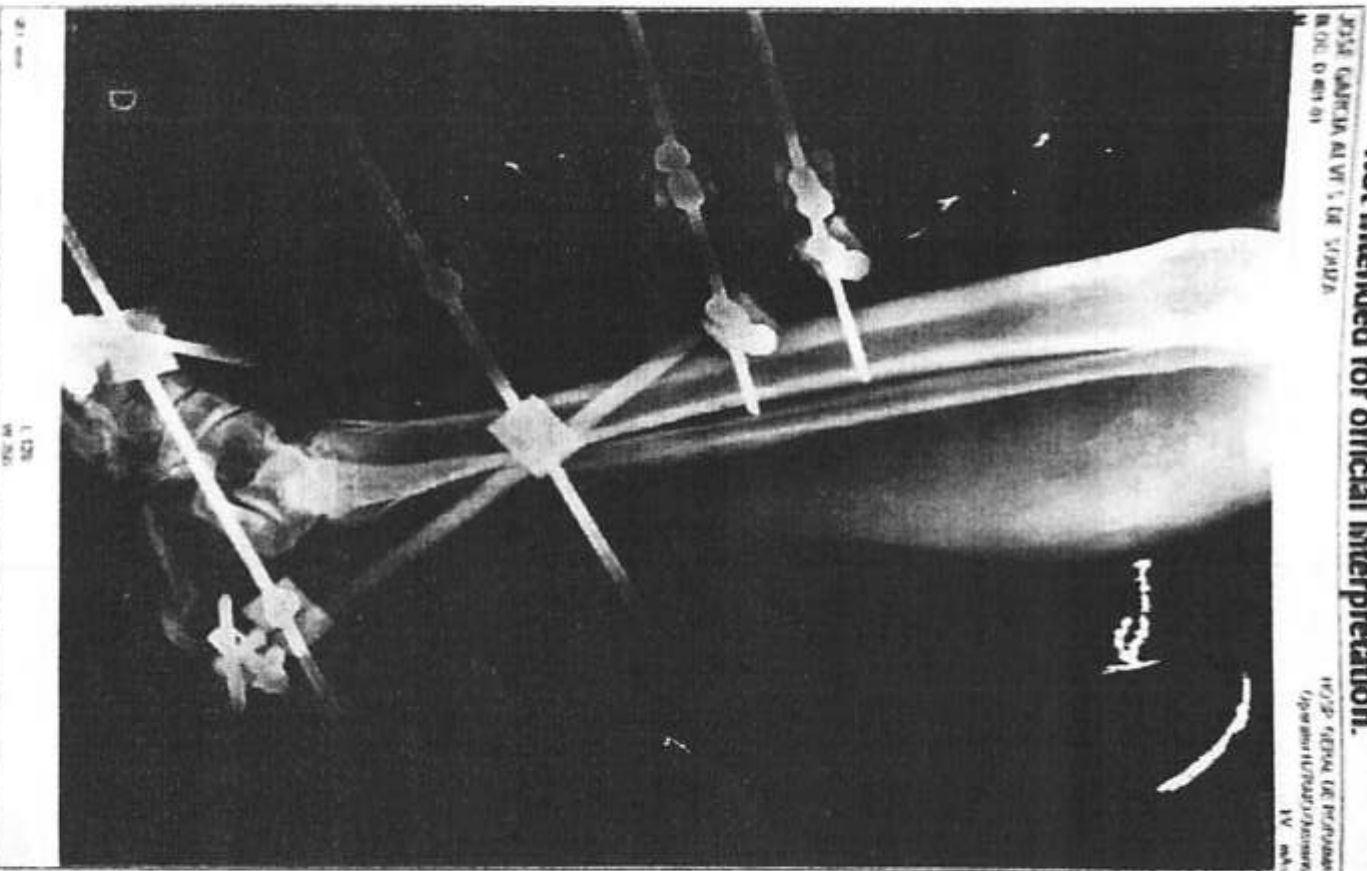
Not intended for official interpretation.

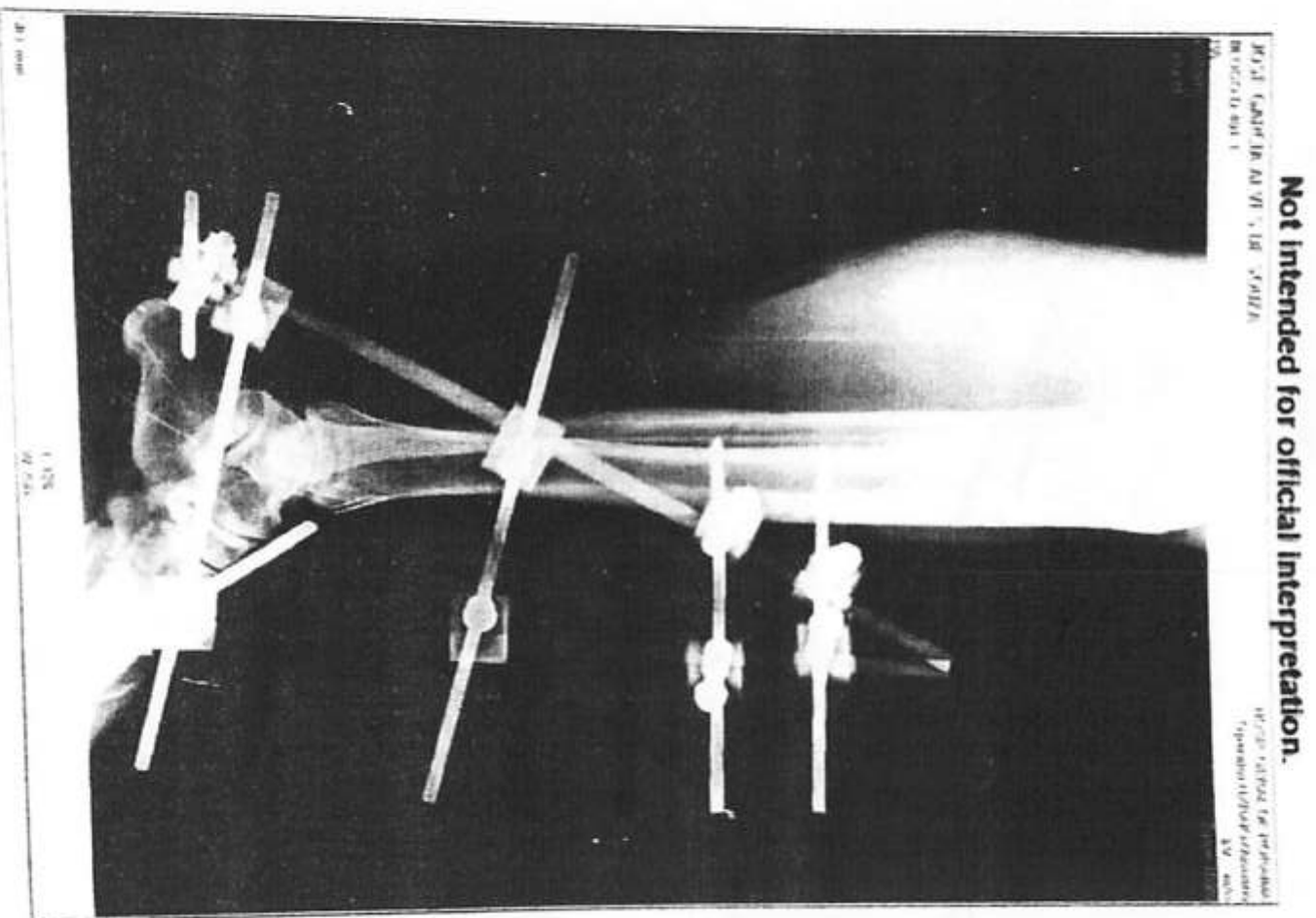


Not intended for official interpretation.



Not intended for official interpretation.







PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
6ª VARA CÍVEL - PROJUDI

Fórum Advogado Sobral Pinto, 666 - 2º Piso - Centro - Boa Vista/RR - CEP:
69.301-380 - Fone: (95) 3198-4796 - E-mail: 6civelresidual@tjrr.jus.br

CARTA DE CITAÇÃO COM AR

Processo: 0802271-05.2020.8.23.0010
Classe Processual: Procedimento Ordinário
Assunto Principal: Seguro
Valor da Causa: : R\$11.137,50
Autor(s) JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA Avenida Jardim, 687 - Cidade Satélite - BOA VISTA/RR - CEP: 69.317-529
Réu(s) Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205
PESSOA A SER CITADA:
Réu(s) Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04) Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205

De ordem do MM. Juiz Substituto, **Dr. PHILLIP BARBIEUX SAMPAIO**, respondendo pela 6ª Vara Cível da Comarca de Boa Vista-RR, pelo presente instrumento fica a parte ré **CITADA** do inteiro teor da petição inicial. O réu poderá oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos do artigo 335 do CPC/2015. Se o réu não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor. Anexo: Petição inicial.

Boa Vista, 27/1/2020.

CARLOS WANDERLEY B. DE LIMA
Analista Judiciário - Diretor de Secretaria

Por ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 6ª Vara Cível

Observações: 1 - Este processo tramita através do sistema computacional E-CNJ (Projudi), cujo endereço na web é <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/>. Para se habilitar neste envie a documentação (procurações, cartas de preposição, contestações) pertinente diretamente pelo sistema em arquivos com no Máximo 3MB cada. 2 - Caso Advogado/Defensor/Procurador não esteja cadastrado no sistema PROJUDI, entrar em contato com a seção de Help Desk, localizada no prédio anexo ao Fórum Advogado Sobral Pinto, em horário comercial. Informações adicionais: atendimento@tjrr.jus.br ou (95) 3198-4141.

SEÇÃO DE PROTOCOLO
RECEBIDO/CORRESPONDÊNCIA
Em: _____
HORAS: _____
REGISTRO/OBJETO
JV 375085674BR
Ass. _____



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
6ª VARA CÍVEL - PROJUDI

Fórum Advogado Sobral Pinto, 666 - 2º Piso - Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4796 - E-mail: 6civelresidual@tjrr.jus.br

CARTA DE CITAÇÃO COM AR

Processo: 0802271-05.2020.8.23.0010
Classe Processual: Procedimento Ordinário
Assunto Principal: Seguro
Valor da Causa: : R\$11.137,50
Autor(s) JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA Avenida Jardim, 687 - Cidade Satélite - BOA VISTA/RR - CEP: 69.317-529
Réu(s) Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205

PESSOA A SER CITADA:

Réu(s) Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04) Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205
--

De ordem do MM. Juiz Substituto, **Dr. PHILLIP BARBIEUX SAMPAIO**, respondendo pela 6ª Vara Cível da Comarca de Boa Vista-RR, pelo presente instrumento fica a parte ré **CITADA** do inteiro teor da petição inicial. O réu poderá oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos do artigo 335 do CPC/2015. Se o réu não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor. Anexo: Petição inicial.

Boa Vista, 27/1/2020.

CARLOS WANDERLEY B. DE LIMA

Analista Judiciário - Diretor de Secretaria

Por ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 6ª Vara Cível

Observações: 1 - Este processo tramita através do sistema computacional E-CNJ (Projudi), cujo endereço na web é <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/>. Para se habilitar neste envie a documentação (procurações, cartas de preposição, contestações) pertinente diretamente pelo sistema em arquivos com no Máximo 3MB cada. 2 - Caso o Advogado/Defensor/Procurador não esteja cadastrado no sistema PROJUDI, entrar em contato com a seção de Help Desk, localizada no prédio anexo ao Fórum Adv. Sobral Pinto, em horário comercial. Informações adicionais: atendimento@tjrr.jus.br ou (95) 3198-4141.





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA**

6ª VARA CÍVEL - PROJUDI

**Fórum Advogado Sobral Pinto, 666 - 2º Piso - Centro - Boa Vista/RR - CEP:
69.301-380 - Fone: (95) 3198-4796 - E-mail: 6civelresidual@tjrr.jus.br**

Proc. n.º 0802271-05.2020.8.23.0010

DECISÃO

A parte ingressou com ação em desfavor de SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Defiro o pedido de Gratuidade da Justiça. Anote-se no Sistema Projudi.

Cite-se, com as advertências da lei, para apresentação de contestação no prazo de 15 (quinze) dias.

Em regra, nos termos do art. 95 do CPC, os honorários periciais serão adiantados pela parte que houver requerido a perícia ou rateada quando a perícia for determinada de ofício ou requerida por ambas as partes. No presente caso, como a parte autora é beneficiária da justiça gratuita, a referida remuneração será integralmente adiantada pela parte requerida, nos termos dos itens 1.3 e 2.2.2 do Convênio de Cooperação nº 06/2015.

Desde já nomeio o(a) perito(a) Dr.(a) VITOR PARACAT SANTIAGO. Arbitro os honorários periciais em R\$ 200,00 (duzentos reais), nos moldes do convênio citado, devendo a parte ré promover o seu recolhimento no prazo de 10 (dez) dias, mediante depósito judicial, devendo o senhor Diretor de Secretaria designar a perícia de acordo com a disponibilidade do perito.

Fixo o prazo de 30 (trinta) dias para apresentação do laudo pericial, a contar da data da realização da perícia, nos termos do art. 465 do CPC.

Intimem-se as partes, por intermédio de seus procuradores judiciais, acerca da data da perícia, advertindo-se as partes que deverão apresentar ao perito exames/laudos médicos realizados anteriormente.

Intimem-se, ainda, as partes, nos termos do art. 465, §1º, do CPC, para indicar assistente técnico e quesitos e, querendo, arguir impedimento ou suspeição do Perito(a) Judicial nomeado(a), no prazo de 15 (quinze) dias, contados da intimação deste despacho, sendo que o assistente técnico deverá comparecer à perícia independentemente de intimação.

Com a apresentação do laudo, intimem-se as partes, para, querendo, manifestarem-se no prazo comum de 15 (quinze) dias, consoante art. 477, 1º, do CPC.

Com a entrega do laudo em Juízo e não havendo a necessidade de esclarecimentos adicionais,

independentemente de nova decisão judicial, autorizo o levantamento pelo Perito(a) Judicial da quantia depositada a título de honorários periciais.

Caso haja interesse de incapaz, abra-se vista ao MP.

Após, conclusos.

Data constante no sistema.

Phillip Barbieux Sampaio

Juiz de Direito

Boa Vista/RR, 24/1/2020.





ESTADO DE RORAIMA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
COMANDO OPERACIONAL
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR



Nº DE AVISO: 3690-19
Nº DE VÍTIMAS: 01
OCORRÊNCIA: 7-04
DATA: 03-08-19

OBM DE ATUAÇÃO

☒ 1º BPABM ☐ 1º PEL ☐ 2º PEL
☐ 2º BPABM ☐ 1º CIA ☐ 2º CIA ☐ 3º CIA

ÁREA DE ATUAÇÃO

☒ Leste ☐ Oeste ☐ Centro
☐ Norte ☐ Sul ☐ Rural

VTR

KMI

KMF

H/SAÍDA

H/NO LOCAL

SAÍDA DO LOCAL

NO DESTINO

H/NA OBM OU B-01

1. DADOS DA OCORRÊNCIA

CÓD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADA:

ENDEREÇO:

Nº

5/11

BAIRRO:

Cidade São José

CIDADE:

PONTO DE REFERÊNCIA:

Nº

403

BAIRRO:

Cidade São José

LOCAL DA OCORRÊNCIA:

☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA ☐ OUTRO:

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: José Garcia Alves de Souza

RG/CPF:

356322-7

D.N.: 19-01-67

IDADE:

53

SEXO:

☒ Masculino ☐ Feminino

Nº

403

BAIRRO:

Cidade São José

CIDADE:

NACIONALIDADE:

☒ Brasileiro ☐ Estrangeiro:

Nº

403

BAIRRO:

Cidade São José

TEL.:

9412-1803

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL?

☐ Sim ☒ Não

Se sim, qual:

Deseja informar sua orientação sexual? ☐ Sim ☒ Não
Se sim, qual? ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ Homossexual
☐ Outro:

Deseja informar identidade de gênero? ☐ Sim ☒ Não
Se sim, qual? ☐ Homem transexual ☐ Mulher transexual
☐ Travesti ☐ Outro:

3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

☐ Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.

☐ O paciente/vítima recusou assinar o termo de recusa de atendimento.

Assinatura do paciente/vítima:

RG Nº

SSP/

Testemunha:

RG Nº

SSP/

Testemunha:

RG Nº

SSP/

4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ACIMA DE 5 ANOS)

Abertura ocular

Resposta verbal

Resposta motora

Total

☒ 4. Espontânea

☐ 3. À voz

☐ 2. À dor

☐ 1. Nenhuma

☒ 5. Orientado

☐ 4. Confluso

☐ 3. Palavras inapropriadas

☐ 2. Sons incomp./ Gemidos

☐ 1. Nenhuma

☒ 6. Obedece aos comandos verbais

☐ 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso

☐ 4. Reage à dor

☐ 3. Flexão anormal a dor (Descorticação)

☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração)

☐ 1. Nenhuma

☐ 4. Espontânea

☐ 3. À voz

☐ 2. À dor

☐ 1. Nenhuma

☐ 5. Orientado

☐ 4. Confluso

☐ 3. Palavras inapropriadas

☐ 2. Sons incomp./ Gemidos

☐ 1. Nenhuma

☐ 6. Obedece aos comandos verbais

☐ 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso

☐ 4. Reage à dor

☐ 3. Flexão anormal a dor (Descorticação)

☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração)

☐ 1. Nenhuma

15 Pontos

5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ABAIXO DE 5 ANOS)

Abertura ocular

Resposta verbal

Resposta motora

Total

☐ 4. Espontânea

☐ 3. À voz

☐ 2. À dor

☐ 1. Nenhuma

☐ 5. Palavras/sorriso/olhar acompanhada.

☐ 4. Choro, mas que pode ser confortado.

☐ 3. Irritabilidade persistente.

☐ 2. Agitação.

☐ 1. Nenhuma

☐ 6. Movimento os 4 membros.

☐ 5. Localiza e retira o estímulo doloroso.

☐ 4. Sente dor, mas não retira.

☐ 3. Flexão a dor (Descorticação).

☐ 2. Extensão a dor (Descerebração).

☐ 1. Nenhuma

☐ 4. Espontânea

☐ 3. À voz

☐ 2. À dor

☐ 1. Nenhuma

☐ 5. Palavras/sorriso/olhar acompanhada.

☐ 4. Choro, mas que pode ser confortado.

☐ 3. Irritabilidade persistente.

☐ 2. Agitação.

☐ 1. Nenhuma

☐ 6. Movimento os 4 membros.

☐ 5. Localiza e retira o estímulo doloroso.

☐ 4. Sente dor, mas não retira.

☐ 3. Flexão a dor (Descorticação).

☐ 2. Extensão a dor (Descerebração).

☐ 1. Nenhuma

Pontos

6. SINAIS VITAIS

PA: 160/130

FR: —

FC: 93

SpO2: —

Temperatura: —

7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA – SUBJETIVA

ALERGIA: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):

USO DE MEDICAMENTOS: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):

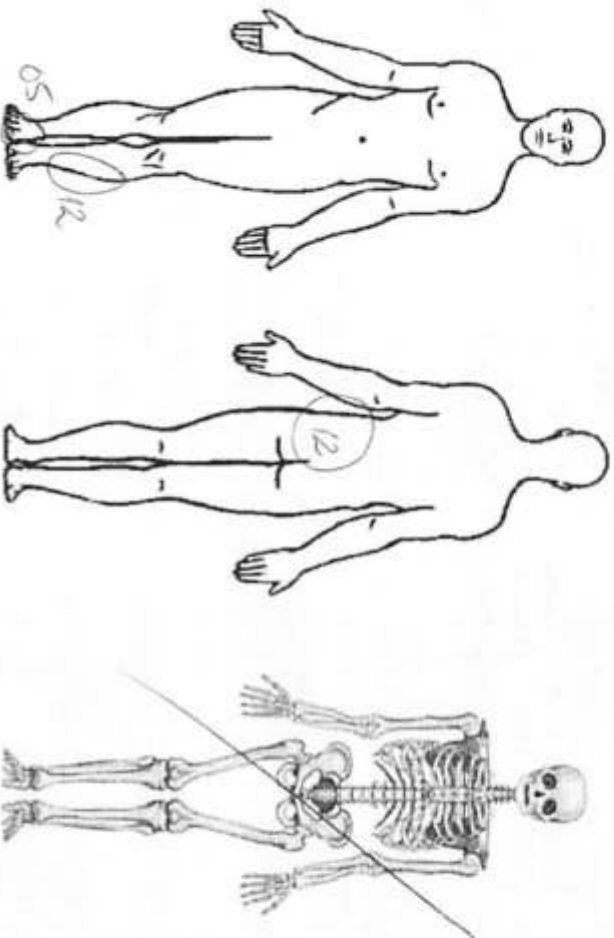
APARENTEMENTE ALCOOLIZADO: ☒ SIM ☐ NÃO



8. CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA

☐ Óbito evidente ☐ PCR ☐ Vítima encarcerada ☐ Vítima ejetada ☐ Capotamento

9. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS:



- Legenda:
- 01- Fratura
 - 02- Luxação
 - 03- Entorse
 - 04- Ferimento Incisivo
 - 05- Ferimento Lacerante
 - 06- Ferimento Corto-contuso
 - 07- Ferimento perfurante
 - 08- Ferimento penetrante
 - 09- Amputação
 - 10- Avulsão
 - 11- Contusão
 - 12- Escoriações
 - 13- Queimaduras

10. HISTÓRIO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Faço este relato, encontrando-se ao lado, segundo se tem o parecer o mesmo informante por ocasião dos cuidados de populares e esposa. Decidiu-se somente de dois na região do tornozelo direito, onde depois de uma avaliação não podemos detectar qualquer fratura, somente ferimento em tecido mole. Guiso o condutor até o PS para melhor avaliação. O mesmo informou ter ingerido bebida alcoólica pelo marido. A sua esposa veio com acompanhante no VTR.

11. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL

☐ Carteira de identidade ☐ Cartão magnético ☐ Und ☐ Capacete ☐ Outros: _____
☐ CNH ☐ Cheque ☐ Fis ☐ Calçado ☐ Óculos ☐ Relógio
☐ CPF ☐ Dinheiro R\$ _____
☐ Título de eleitor ☐ Jóias

Aos cuidados de: _____ RG: _____ Telefone: _____

12. UNIDADE DE SAÚDE

☒ P.S Francisco Elesbão ☐ Hosp. da Criança Santo Antonio ☐ Hosp. das Clínicas
☐ P.A Airton Rocha ☐ Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré ☐ Outros: _____
☐ Pronto Atendimento Cosme e Silva ☐ Hosp. Unimed

13. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

☒ Estável ☐ Instável ☐ Crítico

14. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Chefe de equipe:	Socorrista(s):	Condutor da VTR	Resp. pelo preenchimento
ST Tereza	ST Cardoso	ST Vilanova	ST Cardoso

15. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE

Assinatura: _____
Documento de identidade: _____
Registro de conselho (CRM, COREN): _____



Dr. Jorge Barros Freitas
Médico
CRM-RR 2034

01/01/2020

Pagando a vida e a saúde
provação de trauma
em 10/10/20.
Lado em para a vida
de a de 10/10/20
Ad: Ao lado da vida

Dr. Marcus Brindley
Médico Residente
Ortopedia Traumatologia
CRA 1917/RM





BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 31.01.19

O.S. _____

Jorge Garcia Filho
ou SouzaDIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *paciente exposto ao vírus HIV*

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDIÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: *Reginaldo*1º AUXILIAR: *Paula*

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Presente em DDH sob anestesia geral.
- 2) Anestesia e A. de 1º grau.
- 3) Colocação do campo estéril + inc. controlada de 5x3 cm.
- 4) Sutura de fúndus e recusa com fio de Shenz, tipo de lã. com controle radiológico.
- 5) Sutura com vicril 3.0
- 6) Curativos
- 7) Ag. RPA
- colocados no Dr. Reginaldo*

Dr. Augusto G. G. G.
Médico Especialista
Oncologia e Radiobiologia
CRM-RN 1864



Ministério da Saúde

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

atq: 09108119

DESCRIÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Nome do paciente: *Alves de Souza*

7101201010913148131419131815

19/01/67

174379

10 - NOME DA MAE OU DO RESPONSÁVEL

Albertaine Alves de Souza

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

Av. Jaelina 403, Cidade Satélite

Boa Vista

14 - COD. IBSSE (MUNICÍPIO)

R/R

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente com fratura exposta de pto de
fract D

do fêmur

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS PRELIMINARES DE EXAMES REALIZADOS

Rx + exame físico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

fratura de pto de fract D

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fracturas

25 - CLÍNICA

26 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

27 - CID 10 PRINCIPAL

28 - CID 10 SECUNDÁRIO

29 - CID 10 PRINCIPAL

30 - CID 10 SECUNDÁRIO

31 - CID 10 PRINCIPAL

32 - CID 10 SECUNDÁRIO

33 - CID 10 PRINCIPAL

34 - CID 10 SECUNDÁRIO

35 - CID 10 PRINCIPAL

36 - CID 10 SECUNDÁRIO

37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 PRINCIPAL

40 - CID 10 SECUNDÁRIO

41 - CID 10 PRINCIPAL

42 - CID 10 SECUNDÁRIO

43 - CID 10 PRINCIPAL

44 - CID 10 SECUNDÁRIO

45 - CID 10 PRINCIPAL

46 - CID 10 SECUNDÁRIO

47 - CID 10 PRINCIPAL

48 - CID 10 SECUNDÁRIO

49 - CID 10 PRINCIPAL

50 - CID 10 SECUNDÁRIO

51 - CID 10 PRINCIPAL

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CID 10 DA CAUSA EXTERNA

37 - CID 10 DO FATOR CAUSADOR

38 - CID 10 DO FATOR CAUSADOR

39 - CID 10 DO FATOR CAUSADOR

40 - CID 10 DO FATOR CAUSADOR

41 - CID 10 DO FATOR CAUSADOR

42 - CID 10 DO FATOR CAUSADOR

43 - CID 10 DO FATOR CAUSADOR

44 - CID 10 DO FATOR CAUSADOR

45 - CID 10 DO FATOR CAUSADOR

46 - CID 10 DO FATOR CAUSADOR

47 - CID 10 DO FATOR CAUSADOR

48 - CID 10 DO FATOR CAUSADOR

49 - CID 10 DO FATOR CAUSADOR

50 - CID 10 DO FATOR CAUSADOR

51 - CID 10 DO FATOR CAUSADOR

52 - CID 10 DO FATOR CAUSADOR

53 - CID 10 DO FATOR CAUSADOR

54 - CID 10 DO FATOR CAUSADOR

55 - CID 10 DO FATOR CAUSADOR

56 - CID 10 DO FATOR CAUSADOR

AUTORIZAÇÃO

43 - COD. ORÇÃO EMISSOR

44 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0408030543

5823

18899



REVISTA DE PESQUISA DE MATERIAIS CIRURGICOS

Procedimento Realizado:
Fixação externa de F/50

Dir.

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID.	QUANT.	MARCA
1	<p>Lote 010495 Código: PIS 8 308 SISTEMA DE PROCAÇÃO OSSEA SARTORI - LINEIX TIDIA/TECNI 7 300 - ESTERIL Fáb. 10/01/2019 Val. 01/2021 Registro Anula N° 80083650031 Material ACO INOX/ALUMINIO</p>	01	01	
2	<p>Lote 010496 S. Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 84.861.631/0001-00 - Rio Claro - SP Tel: +55 19 3535-1910 (atendimento) Ind. Br</p>			
3	<p>Lote: 010715 Código: AP24 8 680 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R N° CX 4, X 100 X 1</p>	02	02	
4	<p>Fáb. 10/01/2019 Val. 01/2021 Registro Anula N° 80083650031 Material ACO INOX F 138</p>			
5	<p>Lote 010497 S. Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 84.861.631/0001-00 - Rio Claro - SP Tel: +55 19 3535-1910 (atendimento) Ind. Br</p>			

Res. Feb 10

Dr. Augusto P. ...
Medico P. ...
Ono...





CENTRO CIRURGICO/SRPA

Data: 03/08/2019

Nome: José Garcia Alves de Souza
Data de Nasc: 19/01/1967 Idade: 52 anos Setor/leito: 52
Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim (X) Não
Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (X) Não

SRPA

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO										INTRA-OPERATÓRIO									
Cirurgia Proposta:					Cirurgia Realizada					Anestesia					Anestesia				
Informações:					Anestesia					Anestesia					Anestesia				
Entrada na Sala					Início da Anestesia					Início da Cirurgia					Início da Anestesia				
14:15					14:35					14:50					15:48				
Posicionamento					Anestesia					Anestesia					Anestesia				
Fio de sutura					Fio de sutura					Fio de sutura					Fio de sutura				
Raque					Raque					Raque					Raque				
Nome: D. Jovani					Nome: D. Jovani					Nome: D. Jovani					Nome: D. Jovani				
Dose:					Dose:					Dose:					Dose:				
Hidratação Infundida					Hidratação Infundida					Hidratação Infundida					Hidratação Infundida				
SF 0,9%: 500ml					SF 0,9%: 500ml					SF 0,9%: 500ml					SF 0,9%: 500ml				
Outros:					Outros:					Outros:					Outros:				
Nº de Compressas oferecidas: 12					Nº de Compressas oferecidas: 12					Nº de Compressas oferecidas: 12					Nº de Compressas oferecidas: 12				
Nº de Compressas recolhidas: 12					Nº de Compressas recolhidas: 12					Nº de Compressas recolhidas: 12					Nº de Compressas recolhidas: 12				
Exames na SO:					Exames na SO:					Exames na SO:					Exames na SO:				
() Agitado					() Agitado					() Agitado					() Agitado				
() TOT					() TOT					() TOT					() TOT				
() Com Suporte de O2					() Com Suporte de O2					() Com Suporte de O2					() Com Suporte de O2				
(X) Consente					(X) Consente					(X) Consente					(X) Consente				
() Decubitando					() Decubitando					() Decubitando					() Decubitando				
Chegar ao Centro Cirurgico:					Chegar ao Centro Cirurgico:					Chegar ao Centro Cirurgico:					Chegar ao Centro Cirurgico:				
Reserva de Hemoderivados:					Reserva de Hemoderivados:					Reserva de Hemoderivados:					Reserva de Hemoderivados:				
() 15ml (X) Não					() 15ml (X) Não					() 15ml (X) Não					() 15ml (X) Não				
Qual:					Qual:					Qual:					Qual:				
Atenção () 15ml (X) Não					Atenção () 15ml (X) Não					Atenção () 15ml (X) Não					Atenção () 15ml (X) Não				
PNE () 15ml (X) Não					PNE () 15ml (X) Não					PNE () 15ml (X) Não					PNE () 15ml (X) Não				
Lateralidade () 15ml (X) Não					Lateralidade () 15ml (X) Não					Lateralidade () 15ml (X) Não					Lateralidade () 15ml (X) Não				
Reserva UTI () 15ml (X) Não					Reserva UTI () 15ml (X) Não					Reserva UTI () 15ml (X) Não					Reserva UTI () 15ml (X) Não				
Exames () 15ml (X) Não					Exames () 15ml (X) Não					Exames () 15ml (X) Não					Exames () 15ml (X) Não				
Protese () 15ml (X) Não					Protese () 15ml (X) Não					Protese () 15ml (X) Não					Protese () 15ml (X) Não				
Jejum () 15ml (X) Não					Jejum () 15ml (X) Não					Jejum () 15ml (X) Não					Jejum () 15ml (X) Não				
Sinais Vitais:					Sinais Vitais:					Sinais Vitais:					Sinais Vitais:				
T: 36,5°C					T: 36,5°C					T: 36,5°C					T: 36,5°C				
R: 104 rpm					R: 104 rpm					R: 104 rpm					R: 104 rpm				
FC: 104 bpm					FC: 104 bpm					FC: 104 bpm					FC: 104 bpm				
PA: 159x103 mmHg					PA: 159x103 mmHg					PA: 159x103 mmHg					PA: 159x103 mmHg				
SAT: 94%					SAT: 94%					SAT: 94%					SAT: 94%				
() Regular () Irregular					() Regular () Irregular					() Regular () Irregular					() Regular () Irregular				
Sinais Vitais: Saída de SO					Sinais Vitais: Saída de SO					Sinais Vitais: Saída de SO					Sinais Vitais: Saída de SO				
T: 36,5°C					T: 36,5°C					T: 36,5°C					T: 36,5°C				
R: 112 bpm					R: 112 bpm					R: 112 bpm					R: 112 bpm				
PA: 96x69 mmHg					PA: 96x69 mmHg					PA: 96x69 mmHg					PA: 96x69 mmHg				
SAT: 97%					SAT: 97%					SAT: 97%					SAT: 97%				
(X) Regular () Irregular					(X) Regular () Irregular					(X) Regular () Irregular					(X) Regular () Irregular				
Destino: (X) SRPA () UTI () Outros:					Destino: (X) SRPA () UTI () Outros:					Destino: (X) SRPA () UTI () Outros:					Destino: (X) SRPA () UTI () Outros:				
Legenda:					Legenda:					Legenda:					Legenda:				
1. Eletrodos					1. Eletrodos					1. Eletrodos					1. Eletrodos				
2. Oxímetro					2. Oxímetro					2. Oxímetro					2. Oxímetro				
3. Mangito PA					3. Mangito PA					3. Mangito PA					3. Mangito PA				
4. Placa de Bisturi					4. Placa de Bisturi					4. Placa de Bisturi					4. Placa de Bisturi				
5. Incisão					5. Incisão					5. Incisão					5. Incisão				
6. Cateter O2					6. Cateter O2					6. Cateter O2					6. Cateter O2				
7. Vendicise					7. Vendicise					7. Vendicise					7. Vendicise				
8. Dreno					8. Dreno					8. Dreno					8. Dreno				
9. SNG/SNE					9. SNG/SNE					9. SNG/SNE					9. SNG/SNE				
10. Garrote					10. Garrote					10. Garrote					10. Garrote				
11. TOT (X) Não () Sim N°					11. TOT (X) Não () Sim N°					11. TOT (X) Não () Sim N°					11. TOT (X) Não () Sim N°				
12. SVD (X) Não () Sim N°					12. SVD (X) Não () Sim N°					12. SVD (X) Não () Sim N°					12. SVD (X) Não () Sim N°				
13. Outros:					13. Outros:					13. Outros:					13. Outros:				
A. Anotações (Admissão do					A. Anotações (Admissão do					A. Anotações (Admissão do					A. Anotações (Admissão do				
Paciente):					Paciente):					Paciente):					Paciente):				
de 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º, 13º, 14º, 15º, 16º, 17º, 18º, 19º, 20º, 21º, 22º, 23º, 24º, 25º, 26º, 27º, 28º, 29º, 30º, 31º, 32º, 33º, 34º, 35º, 36º, 37º, 38º, 39º, 40º, 41º, 42º, 43º, 44º, 45º, 46º, 47º, 48º, 49º, 50º, 51º, 52º, 53º, 54º, 55º, 56º, 57º, 58º, 59º, 60º, 61º, 62º, 63º, 64º, 65º, 66º, 67º, 68º, 69º, 70º, 71º, 72º, 73º, 74º, 75º, 76º, 77º, 78º, 79º, 80º, 81º, 82º, 83º, 84º, 85º, 86º, 87º, 88º, 89º, 90º, 91º, 92º, 93º, 94º, 95º, 96º, 97º, 98º, 99º, 100º, 101º, 102º, 103º, 104º, 105º, 106º, 107º, 108º, 109º, 110º, 111º, 112º, 113º, 114º, 115º, 116º, 117º, 118º, 119º, 120º, 121º, 122º, 123º, 124º, 125º, 126º, 127º, 128º, 129º, 130º, 131º, 132º, 133º, 134º, 135º, 136º, 137º, 138º, 139º, 140º, 141º, 142º, 143º, 144º, 145º, 146º, 147º, 148º, 149º, 150º, 151º, 152º, 153º, 154º, 155º, 156º, 157º, 158º, 159º, 160º, 161º, 162º, 163º, 164º, 165º, 166º, 167º, 168º, 169º, 170º, 171º, 172º, 173º, 174º, 175º, 176º, 177º, 178º, 179º, 180º, 181º, 182º, 183º, 184º, 185º, 186º, 187º, 188º, 189º, 190º, 191º, 192º, 193º, 194º, 195º, 196º, 197º, 198º, 199º, 200º, 201º, 202º, 203º, 204º, 205º, 206º, 207º, 208º, 209º, 210º, 211º, 212º, 213º, 214º, 215º, 216º, 217º, 218º, 219º, 220º, 221º, 222º, 223º, 224º, 225º, 226º, 227º, 228º, 229º, 230º, 231º, 232º, 233º, 234º, 235º, 236º, 237º, 238º, 239º, 240º, 241º, 242º, 243º, 244º, 245º, 246º, 247º, 248º, 249º, 250º, 251º, 252º, 253º, 254º, 255º, 256º, 257º, 258º, 259º, 260º, 261º, 262º, 263º, 264º, 265º, 266º, 267º, 268º, 269º, 270º, 271º, 272º, 273º, 274º, 275º, 276º, 277º, 278º, 279º, 280º, 281º, 282º, 283º, 284º, 285º, 286º, 287º, 288º, 289º, 290º, 291º, 292º, 293º, 294º, 295º, 296º, 297º, 298º, 299º, 300º, 301º, 302º, 303º, 304º, 305º, 306º, 307º, 308º, 309º, 310º, 311º, 312º, 313º, 314º, 315º, 316º, 317º, 318º, 319º, 320º, 321º, 322º, 323º, 324º, 325º, 326º, 327º, 328º, 329º, 330º, 331º, 332º, 333º, 334º, 335º, 336º, 337º, 338º, 339º, 340º, 341º, 342º, 343º, 344º, 345º, 346º, 347º, 348º, 349º, 350º, 351º, 352º, 353º, 354º, 355º, 356º, 357º, 358º, 359º, 360º, 361º, 362º, 363º, 364º, 365º, 366º, 367º, 368º, 369º, 370º, 371º, 372º, 373º, 374º, 375º, 376º, 377º, 378º, 379º, 380º, 381º, 382º, 383º, 384º, 385º, 386º, 387º, 388º, 389º, 390º, 391º, 392º, 393º, 394º, 395º, 396º, 397º, 398º, 399º, 400º, 401º, 402º, 403º, 404º, 405º, 406º, 407º, 408º, 409º, 410º, 411º, 412º, 413º, 414º, 415º, 416º, 417º, 418º, 419º, 420º, 421º, 422º, 423º, 424º, 425º, 426º, 427º, 428º, 429º, 430º, 431º, 432º, 433º, 434º, 435º, 436º, 437º, 438º, 439º, 440º, 441º, 442º, 443º, 444º, 445º, 446º, 447º, 448º, 449º, 450º, 451º, 452º, 453º, 454º, 455º, 456º, 457º, 458º, 459º, 460º, 461º, 462º, 463º, 464º, 465º, 466º, 467º, 468º, 469º, 470º, 471º, 472º, 473º, 474º, 475º, 476º, 477º, 478º, 479º, 480º, 481º, 482º, 483º, 484º, 485º, 486º, 487º, 488º, 489º, 490º, 491º, 492º, 493º, 494º, 495º, 496º, 497º, 498º, 499º, 500º, 501º, 502º, 503º, 504º, 505º, 506º, 507º, 508º, 509º, 510º, 511º, 512º, 513º, 514º, 515º, 516º, 517º, 518º, 519º, 520º, 521º, 522º, 523º, 524º, 525º, 526º, 527º, 528º, 529º, 530º, 531º, 532º, 533º, 534º, 535º, 536º, 537º, 538º, 539º, 540º, 541º, 542º, 543º, 544º, 545º, 546º, 547º, 548º, 549º, 550º, 551º, 552º, 553º, 554º, 555º, 556º, 557º, 558º, 559º, 560º, 561º, 562º, 563º, 564º, 565º, 566º, 567º, 568º, 569º, 570º, 571º, 572º, 573º, 574º, 575º, 576º, 577º, 578º, 579º, 580º, 581º, 582º, 583º, 584º, 585º, 586º, 587º, 588º, 589º, 590º, 591º, 592º, 593º, 594º, 595º, 596º, 597º, 598º, 599º, 600º, 601º, 602º, 603º, 604º, 605º, 606º, 607º, 608º, 609º, 610º, 611º, 612º, 613º, 614º, 615º, 616º, 617º, 618º, 619º, 620º, 621º, 622º, 623º, 624º, 625º, 626º, 627º, 628º, 629º, 630º, 631º, 632º, 633º, 634º, 635º, 636º, 637º, 638º, 639º, 640º, 641º, 642º, 643º, 644º, 645º, 646º, 647º, 648º, 649º, 650º, 651º, 652º, 653º, 654º, 655º, 656º, 657º, 658º, 659º, 660º, 661º, 662º, 663º, 664º, 665º, 666º, 667º, 668º, 669º, 670º, 671º, 672º, 673º, 674º, 675º, 676º, 677º, 678º, 679º, 680º, 681º, 682º, 683º, 684º, 685º, 686º, 687º, 688º, 689º, 690º, 691º, 692º, 693º, 694º, 695º, 696º, 697º, 698º, 699º, 700º, 701º, 702º, 703º, 704º, 705º, 706º, 707º, 708º, 709º, 710º, 711º, 712º, 713º, 714º, 715º, 716º, 717º, 718º, 719º, 720º, 721º, 722º, 723º, 724º, 725º, 726º, 727º, 728º, 729º, 730º, 731º, 732º, 733º, 734º, 735º, 736º, 737º, 738º, 739º, 740º, 741º, 742º, 743º, 744º, 745º, 746º, 747º, 748º, 749º, 750º, 751º, 752º, 753º, 754º, 755º, 756º, 757º, 758º, 759º, 760º, 761º, 762º, 763º, 764º, 765º, 766º, 767º, 768º, 769º, 770º, 771º, 772º, 773º, 774º, 775º, 776º, 777º, 778º, 779º, 780º, 781º, 782º, 783º, 784º, 785º, 786º, 787º, 788º, 789º, 790º, 791º, 792º, 793º, 794º, 795º, 796º, 797º, 798º, 799º, 800º, 801º, 802º, 803º, 804º, 805º, 806º, 807º, 808º, 809º, 810º, 811º, 812º, 813º, 814º, 815º, 816º, 817º, 818º, 819º, 820º, 821º, 822º, 823º, 824º, 825º, 826º, 827º, 828º, 829º, 830º, 831º, 832º, 833º, 834º, 835º, 836º, 837º, 838º, 839º, 840º, 841º, 842º, 843º, 844º, 845º, 846º, 847º, 848º, 849º, 850º, 851º, 852º, 853º, 854º, 855º, 856º, 857º, 858º, 859º, 860º, 861º, 862º, 863º, 864º, 865º, 866º, 867º, 868º, 869º, 870º, 871º, 872º, 873º, 874º, 875º, 876º, 877º, 878º, 879º, 880º, 881º, 882º, 883º, 884º, 885º, 886º, 887º, 888º, 889º, 890º, 891º, 892º, 893º, 894º, 895º, 896º, 897º, 898º, 899º, 900º, 901º, 902º, 903º, 904º, 905º, 906º, 907º, 908º, 909º, 910º, 911º, 912º, 913º, 914º, 915º, 916º, 917º, 918º, 919º, 920º, 921º, 922º, 923º, 924º, 925º, 926º, 927º, 928º, 929º, 930º, 931º, 932º, 933º, 934º, 935º, 936º, 937º, 938º, 939º, 940º, 941º, 942º, 943º, 944º, 945º, 946º, 947º, 948º, 949º, 950º, 951º, 952º, 953º, 954º, 955º, 956º, 957º, 958º, 959º, 960º, 961º, 962º, 963º, 964º, 965º, 966º, 967º, 968º, 969º, 970º, 971º, 972º, 973º, 974º, 975º, 976º, 977º, 978º, 979º, 980º, 981º, 982º, 983º, 984º, 985º, 986º, 987º, 988º, 989º, 990º, 991º, 992º, 993º, 994º, 995º, 996º, 997º, 998º, 999º, 1000º, 1001º, 1002º, 1003º, 1004º, 1005º, 1006º, 1007º, 1008º, 1009º, 1010º, 1011º, 1012º, 1013º, 1014º, 1015º, 1016º, 1017º, 1018º, 1019º, 1020º, 1021º, 1022º, 1023º, 1024º, 1025º, 1026º, 1027º, 1028º, 1029º, 1030º, 1031º, 1032º, 1033º, 1034º, 1035º, 1036º, 1037º, 1038º, 1039º, 1040º, 1041º, 1042º, 1043º, 1044º, 1045º, 1046º, 1047º, 1048º, 1049º, 1050º, 1051º, 1052º, 1053º, 1054º, 1055º, 1056º, 1057º, 1058º, 1059º, 1060º, 1061º, 1062º, 1063º, 1064º, 1065º, 1066º, 1067º, 1068º, 1069º, 1070º, 1071º, 1072º, 1073º, 1074º, 1075º, 1076º, 1077º, 1078º, 1079º, 1080º, 1081º, 1082º, 1083º, 1084º, 1085º, 1086º, 1087º, 1088º, 1089º, 1090º, 1091º, 1092º, 1093º, 1094º, 1095º, 1096º, 1097º, 1098º, 1099º, 1100º, 1101º, 1102º, 1103º, 1104º, 1105º, 1106º, 1107º, 1108º, 1109º, 1110º, 1111º, 1112º, 1113º, 1114º, 1115º, 1116º, 1117º, 1118º, 1119º, 1120º, 1121º, 1122º, 1123º, 1124º, 1125º, 1126º, 1127º, 1128º, 1129º, 1130º, 1131º, 1132º, 1133º, 1134º, 1135º, 1136º, 1137º, 1138º, 1139º, 1140º, 1141º, 1142º, 1143º, 1144º, 1145º, 1146º, 1147º, 1148º, 1149º, 1150º, 1151º, 1152º, 1153º, 1154º, 1155º, 1156º, 1157º, 1158º, 1159º, 1160º, 1161º, 1162º, 1163º, 1164º, 1165º, 1166º, 1167º, 1168º, 1169º, 1170º, 1171º, 1172º, 1173º, 1174º, 1175º, 1176º, 1177º, 1178º, 1179º, 1180º, 1181º, 1182º, 1183º, 1184º, 1185º, 1186º, 1187º, 1188º, 1189º, 1190º, 1191º, 1192º, 1193º, 1194º, 1195º, 1196º, 1197º, 1198º, 1199º, 1200º, 1201º, 1202º, 1203º, 1204º, 1205º, 1206º, 1207º, 1208º, 1209º, 1210º, 1211º, 1212º, 1213º, 1214º, 1215º, 1216º, 1217º, 1218º, 1219º, 1220º, 1221º, 1222º, 1223º, 1224º, 1225º, 1226º, 1227º, 1228º, 1229º, 1230º, 1231º, 1232º, 1233º, 1234º, 1235º, 1236º, 1237º, 1238º, 1239º, 1240º, 1241º, 1242º, 1243º, 1244º, 1245º, 1246º, 1247º, 1248º, 1249º, 1250º, 1251º, 1252º, 1253º, 1254º, 1255º, 1256º, 1257º, 1258º, 1259º, 1260º, 1261º, 1262º, 1263º, 1264º, 1265º, 1266º, 1267º, 1268º, 1269º, 1270º, 1271º, 1272º, 1273º, 1274º, 1275º, 1276º, 1277º, 1278º, 1279º, 1280º, 1281º, 1282º, 1283º, 1284º, 1285º, 1286º, 1287º, 1288º, 1289º, 1290º, 12																			

5204

7

DATA

DATA
03 108119

TEMPO DE DURAÇÃO

TEMPO TOTAL

Dr. Fobion

R

ULANTE
Santos e Almeida

TEMPO DE DURAÇÃO:

OUTROS: Florentino de Almeida

VALOR

SUB-TOTAL

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Procedência Palácio dos Araripe"

FICHA DE ANESTESIA

JOSÉ GARÇA ALVES DE SOUZA

03/02/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - MORA - EFEITO

- **minimizar a náusea**
- **rendição 50 mg**

RUB-04

A G E N T E	N 20	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20										Nº
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	1											
2	2											
3	3											
4	4											
5	5											
6	6											
7	7											
8	8											
9	9											
10	10											
11	11											
12	12											
13	13											
14	14											
15	15											
16	16											
17	17											
18	18											
19	19											
20	20											

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Propofol 0,5% 10 mg		PRELIMINAR 15-20 mg	X - Causa LAR: monitorização ventri- culopulmonar, náuseas, palidez.
B		VIA INTRAVENOSA CI A/B	1 - 0,5 sob em 20/10/19
C		ADMINISTRO 2,5 L - VENTILADOR	2 - ASSINADO E ANESTESIA
D			DE LOMBOS
E			ALICADO CI PRECAUTIVAMENTE
F			LOMBOS L2-L4 ALICADO 2,5 mg
G			2.5 mg de BROMIDIO 2,5% (10 mg)
H			
I			
J			
K			
L			
M			
N			
O			
P			
Q			
R			
S			
T			
U			
V			
W			
X			
Y			
Z			
AA			
AB			
AC			
AD			
AE			
AF			
AG			
AH			
AI			
AJ			
AK			
AL			
AM			
AN			
AO			
AP			
AQ			
AR			
AS			
AT			
AU			
AV			
AW			
AX			
AY			
AZ			
BA			
BB			
BC			
BD			
BE			
BF			
BG			
BH			
BI			
BJ			
BK			
BL			
BM			
BN			
BO			
BP			
BQ			
BR			
BS			
BT			
BU			
BV			
BW			
BX			
BY			
BZ			
CA			
CB			
CC			
CD			
CE			
CF			
CG			
CH			
CI			
CJ			
CK			
CL			
CM			
CN			
CO			
CP			
CQ			
CR			
CS			
CT			
CU			
CV			
CW			
CX			
CY			
CZ			
DA			
DB			
DC			
DD			
DE			
DF			
DG			
DH			
DI			
DJ			
DK			
DL			
DM			
DN			
DO			
DP			
DQ			
DR			
DS			
DT			
DU			
DV			
DW			
DX			
DY			
DZ			
EA			
EB			
EC			
ED			
EE			
EF			
EG			
EH			
EI			
EJ			
EK			
EL			
EM			
EN			
EO			
EP			
EQ			
ER			
ES			
ET			
EU			
EV			
EW			
EX			
EY			
EZ			
FA			
FB			
FC			
FD			
FE			
FF			
FG			
FH			
FI			
FJ			
FK			
FL			
FM			
FN			
FO			
FP			
FQ			
FR			
FS			
FT			
FU			
FV			
FW			
FX			
FY			
FZ			
GA			
GB			
GC			
GD			
GE			
GF			
GH			
GI			
GJ			
GK			
GL			
GM			
GN			
GO			
GP			
GQ			
GR			
GS			
GT			
GU			
GV			
GW			
GX			
GY			
GZ			
HA			
HB			
HC			
HD			
HE			
HF			
HG			
HH			
HI			
HJ			
HK			
HL			
HM			
HN			
HO			
HP			
HQ			
HR			
HS			
HT			
HU			
HV			
HW			
HX			
HY			
HZ			
IA			
IB			
IC			
ID			
IE			
IF			
IG			
IH			
II			
IJ			
IK			
IL			
IM			
IN			
IO			
IP			
IQ			
IR			
IS			
IT			
IU			
IV			
IW			
IX			
IY			
IZ			
JA			
JB			
JC			
JD			
JE			
JF			
JG			
JH			
JI			
JJ			
JK			
JL			
JM			
JN			
JO			
JP			
JQ			
JR			
JS			
JT			
JU			
JV			
JW			
JX			
JY			
JZ			
KA			
KB			
KC			
KD			
KE			
KF			
KG			
KH			
KI			
KJ			
KK			
KL			
KM			
KN			
KO			
KP			
KQ			
KR			
KS			
KT			
KU			
KV			
KW			
KX			
KY			
KZ			
LA			
LB			
LC			
LD			
LE			
LF			
LG			
LH			
LI			
LJ			
LK			
LL			
LM			
LN			
LO			
LP			
LQ			
LR			
LS			
LT			
LU			
LV			
LW			
LX			
LY			
LZ			
MA			
MB			
MC			
MD			
ME			
MF			
MG			

401-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
HGR			
SISTEMA DE REGISTRO No final, Ouse, da Saúde			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA			
DIAGNOSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D			
ALERGIAS		HAS	DM2
IDADE	52	LEITO	401-1 DATA 08/08/2019
ITEM			HORARIO
1	DIETA LIVRE		SVJ
2	AVP		mae
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N		SV
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N		SV 08/08/2019
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N		SV
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		SV
8	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		SV
9	SINETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		SV
10	CUNDRAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6		SV
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 2CP 300MG VO DE 12/12		SV
12	SSV + CCGG 6/6H		
13	CURATIVO DIARIO		
14			
15			
16			
EVOLUÇÃO MÉDICA:			
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LETO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES			
#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.			
#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUZA; MANTIDA			
SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	120/70	70	20
18 H	130/76	84	20
24 H	126/74	82	20
Dr. Fernando Rezende Médico Assistente em Ortopedia e Traumatologia CRM 10.000			

CE 100/100 7.7 21 362

401-1



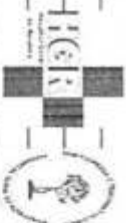
[illegible]

Blaca D
Macao 02

PA 0802271-05 405-1



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE <i>Jefferson Alves de Souza</i>		
AGNOSTICADO <i>Jefferson Alves de Souza</i>		
ALERGIAS	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S/D
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	Mantido
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	S/N
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	18/08/12
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	06/12
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	Atenuos
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	02/01/14
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S/N
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H	18/06/12
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H	Suprimido

Centenário de D. O. 14 de out de 08

12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	NSN
17	SSV + CCGG 6/6 H	15/04/06/12
18	CURATIVO DIÁRIO	Dr. <i>Jefferson Alves de Souza</i>
19		<i>Jefferson Alves de Souza</i>
20		<i>Jefferson Alves de Souza</i>
21		<i>Jefferson Alves de Souza</i>

SE DIABÉTICO, CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE 5.70
DLML, 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: #CONDUZIDA: MANTIDA
#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
#PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	MEDICO RESIDENTE
6 H				ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
12 H				
18 H				
24 H	124/81	106		

GH 132/84 95 36,5 c

18130 PA=137x93 P2 112 T=36,5 c



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: João Gomes Alves da Silva
Apelido: Rafael

IDENTIFICAÇÃO (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Presente: ☒ Sim ☐ Não

SEMPRE LER

☒ Aplica ☒ Não se Aplica

TEM TEMPO

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ O MONITOR DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

PACIENTE POSSUI:

☒ Cartão de Identificação ☐ Sim, Qual: _____

PARA O CÍCULO DE ASPIRAÇÃO

☒ Sim, e equipamento profissional disponível

Hemoglobina / HbA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Dr. Alberto P. M. Henriques
Anestesiologista

Assinatura

Hora: _____

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: Fabian

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e curtos estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica
☐ Sim, Qual: _____

Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☐ Sim
☒ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica


SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
☐ Sim ☒ Não


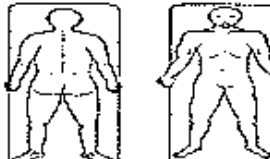


☒ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Gabriela Suena - 89341-11
Assinatura e Carimbo



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas –	Paciente: <u>JOSÉ GARCIA</u>			
	HGR	Leito: <u>404-A</u>	Data: <u>06/08/19</u>		

Localização		Região: <u>MIO</u> Grau: I () II <u>2</u>		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____		<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>ABE</u>		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:				
Observações:	_____ _____ _____		_____ _____ _____	

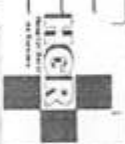



101-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D				
ALERGIAS	HAS	LEITO	DM2	
IDADE	52		401-1	DATA 06/08/2019
ITEM				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SV
2	AVP			SV
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SV
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N			SV
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/8H S/N			SV
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N			SV
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			SV
8	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SV
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V O 8/8 HRS S/N			SV
10	CUNDRAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6			SV
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12			SV
12	SSVV + CCGG 6/6H			SV
13	CURATIVO DIARIO			SV
14				
15				
16				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; 2 400: 10 UI E OU GLICOSE 5 70 D/LML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:				
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUTA: MANTIDA				
SINAIS VITAIS				
5H	PA	FC	FR	
11H	130/72	81	17	35.1
18H	133/78	75	-	35.4
24H	130/60	81	20	36.4

Paciente el gressos al pica medicado qm, aferido
SVU + cateter al pica e xemas lab.
Biodoce Gomes da Silva
Téc. Enfermagem
CORREIA BR 050.492
TE
Cidade



					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
CONTINUA DE EXAMINAÇÃO Resposta para o Dr. Paulo Sérgio de Souza					
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN			
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	52	LEITO	401-1	DATA	09/08/2019
ITEM	HORÁRIO				
1	DIETA LIVRE				
2	AVP				
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6				
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12				
12	SSV + CCGG 6/6H				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14					
15					
16					
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 DLML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUTA: MANTIDA					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					
 Dr. Marcos Aguiar Médico Responsável Ortopedia e Traumatologia CRM/RJ 15551					

Ret Bg 1 LOTE, AAA, 1000ml de 1000ml
OI ARM + 1000ml de 1000ml
51 Arco. 1000ml



Paulo Sérgio de Souza
Advogado & Contador

Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 3178
Dr. Jhon Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

Dra. Paula Rafaela Palma de Souza
OAB/RR 3408

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE José Garcia Alves de Sousa, brasileiro(a),
estado civil: solteiro, Profissão: Autorano,
portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 356322-1 SSP/TO
e inscrito(a) no CPF/MF nº 944.205.801-00, residente e domiciliado
(a) na Ru Jardim 683 B-18 APA, nº 403,
Bairro: Cidade Santa Rita, no
município Boa Vista /RR, telefone: 991222322, E-mail:
_____, vêm através de seu advogado in fine
assinado, com escritório profissional na Rua Gal Penha Brasil 102 Centro - Boa
Vista - Roraima, por este instrumento particular nomeia e constitui seus
procuradores,

OUTORGADOS: SOUZA & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, sociedade civil, inscrita
na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 66 com escritório profissional
situado na Rua General Penha Brasil 102, Bairro Centro, Boa Vista-RR,
representada por seu sócio administrador Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA,
brasileiro, separado judicialmente, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.
317B, Dra. PAULA RAFFAELA PALMA DE SOUZA, brasileira, solteira,
advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº. 340B e Dr. JOHON EMERSON DE
SOUZA CAMILO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.
1.376, a quem confere amplos poderes:

PODERES ESPECIAIS: para representá-lo no processo em Foro em Geral com a
cláusula *ad judicia et extra*, ou ação que seja autor ou réu, assistente ou
oponente, ou por qualquer modo interessado, podendo para isso, requerer e
promover judicial ou extrajudicialmente, em qualquer causa, conforme
estabelecido no artigo 105 do CPC/2015, bem como propor ações, produzir
provas e seguir qualquer recurso legal, e os especiais para firmar
compromissos, substabelecer, renunciar, receber intimações, desistir, recorrer,
apelar, transigir, discordar, dar de suspeito a quem lhe convier, retirar e
receber alvarás junto a secretaria do fórum, retirar e receber guias de retirada,
receber valores e dar quitação, receber bens penhorados ou em adjudicação,
enfim, tratar de seus interesses, bem como praticar todos os atos necessários
para o fiel e bom cumprimento do presente mandato, dando tudo por bom,
firme e valioso em especial para propor Ação de Cobrança do Seguro
Obrigatório DPVAT.

_____/RR_____, de _____ de 20____.

Outorgante

CPF/MF nº

José Garcia Alves de Souza





Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 3178

Dr. Paula Rafaela Pinha de Souza
OAB/RR 3408

Dr. Jefferson Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU: Jose Garcia Alves de Sousa,
estado civil solteiro, RG nº 356322-1, e CPF
nº 944.205.805-00, residente e domiciliado (a) na
Nº 7 quadra 683 R-18 cod. ARACU Nº 403 Bairro:
coelho Telite, Cidade Bom Vista RR
- Roraima, telefone (95) 961222322.

DECLARO para os devidos fins de direito e a quem interessar possa
que sou pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com
eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da
lei 1.060/50. Por ser a mais lúdima expressão da verdade, firmo a
presente declaração.

_____ de _____ de _____.

Jose Garcia Alves de Sousa

DECLARANTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 356322-7 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/06/2015

NOME
JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

FILIAÇÃO
SEBASTIÃO GOMES SOUSA
ALBERTINA ALVES DE SOUSA

NATURALIDADE
ARAGUATINS - TO DATA DE NASCIMENTO 19/01/1967

DOC. ORGEM
CERTO CAS 2604 FLS 48 LIV B-8
ARAGUATINS - TO

CPF 944.205.801-00

2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Diretor do POC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1





Para conferir
código informo
este número



Roraima Energia S.A.
Av. Capão Elze Góes, 091 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Insc. Federal: 06.947.000/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Legitimado por: 0135682-8

Nº da Nota Fiscal: 403.273.08
A Nota Fiscal de Energia Elétrica - TSEE foi emitida
pelo LSI nº 10.428 de 28 de abril de 2002

CONJUNTES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	01/08/2019	403	314,55

ROSA MARIA DOS SANTOS LIMA SOUSA
AV JARDIM 687 B18 A403-ARACA CIDADE SATELLITE
RESIDENCIAL VILA JARDIM
CEP: 69.317-529 - BOA VISTA

ROT: 32 001.24.20 550200

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	kWh	Anterior	12/07/2019
20387		11/06/2019	
Consumo de Multiplicação		Pós-Instalação	12/08/2019
1.000		403	
Consumo Médio		Emissão	11/07/2019
403		403	
Consumo Faturado		Emissão	12/07/2019
403		403	

NORMAL

31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classificação	Uso	Número de Medidor	Código de Acesso
RESIDENCIAL	B1	14ED0832750	1.1.1.2
			357

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês	kWh	Consumo	Valor em R\$
JUN/19	217	403 A R\$ 0,764002 =	308,13
MAR/19	366	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	6,42
ABR/19	436		
MAR/19	410		
FEV/19	337		
JAN/19	331		
DEZ/18	317		
NOV/18	414		
OUT/18	409		
SET/18	387		
TARIFA SEM TRIBUTOS			
R\$ 0,764002			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGHE 0800709120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 0 11 10 21 20
Por favor, Atente-se: 11/07/2019, não constituímos faturas em
nossa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO AO FISCO: F8B9 8BC6 D3B2 7ED1 1CA6 CA09 F061 D9F9

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	167,87	Base de Cálculo	0,00
Energia	0,00	Alíquota ICMS	17,00%
Transmissão	8,72	Valor do ICMS	52,38
Encargos	52,38	Valor do PIS	0,00
Tributos		Valor do COFINS	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 16,99 8,46 16,92 33,84 4,99
0,00 0,00

FLORESTA

ROT: 32 001.24.20 550200

05/2019

120,08



DEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0135682-8	314,55
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
07/2019	01/08/2019

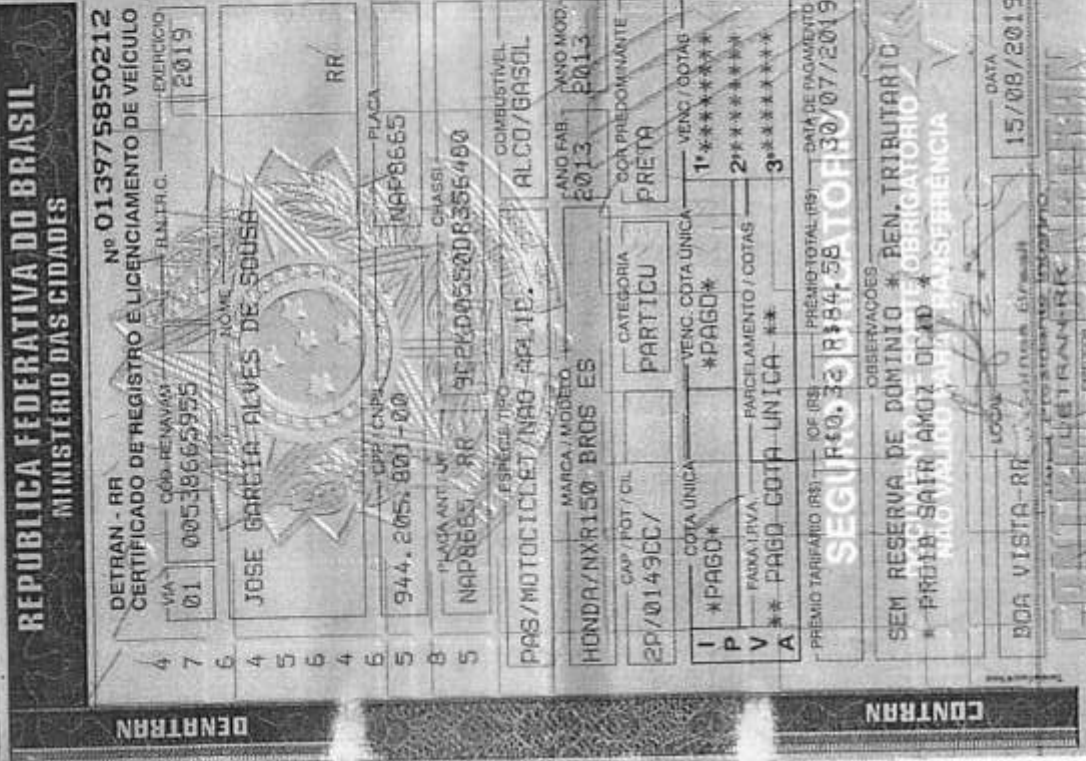
Roraima Energia S.A.
Av. Capão Elze Góes, 091 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nº da Nota Fiscal: 403.273.08 FCAH

03020000003 9 14550075000 8 000000000000135 4 68280719008 2



SF0: 00265 LIC: 0135682-8 OT: 1 PTT: 12/07/2019 1 FATT: 0.04





RR Nº 013975850212 - BILHETE DE SEGURO DPVAT		2019	
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT 944. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204</p>			
EXERCÍCIO 2019		DATA EMISSÃO 15/08/2019	
PLACA NRP8655		MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES	
RENAVAM 00538655965		MOTOR/CLASS 302KD0550DR356480	
VIA 01 944.205.881-00		CPF / CNPJ 944.205.881-00	
ANO FAB 2013		VALOR R\$ 36,05	
PREMIO TARIFARIO		CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$ 40,06	
CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$ 4,15		CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$ 40,06	
COTA UNICA		COTA UNICA R\$ 4,15	
PAGAMENTO		DATA DE QUITACAO 30/07/2019	
PARCELADO		COTA UNICA R\$ 4,15	
<p>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</p> <p>CNPJ 09.248.608/0001-04</p>			

RECEIVED
CENTRAL DEPARTMENT

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJD5G DP8L2 J7DQQ 9DN3R



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

E-DELEGAÇÃO DE OCORRÊNCIA Nº: 029517/2019

DIA: 09/09/2019

Data/Hora Início do Registro: 09/09/2019 13:39 Data/Hora Fim: 09/09/2019 09:05

Delegado de Polícia: Alexander Lopes da Silva

DAI: 15 DA OCORRÊNCIA

Ato: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 09/09/2019 12:05

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: RUA DOM JOSE NEPOTE

Bairro: Cidade Satélite

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Matrícula(s) Empregado(s)

Não houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUSA

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais

Nome da Mãe: Albertina Alves de Sousa

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: AV. JARDIM

Bairro: CIDADE SATELITE

Nº 423

DAI

SET. 2019

AGENTE DE POLÍCIA

CONFÉRMIDOR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Informação(s) Informada(s)

FATO HISTÓRICO

O comunicante compareceu a Esta Delegacia para informar que no dia 09/09/2019, às 12:05h, estava conduzindo uma motocicleta Honda/NXR150 BROS ES DE COR PRETA, placa Nº 8365 CHASSI 9C7KD1550DR356480, que está em nome do comunicante e seguiu pela Rua Dom João Nepote, quando foi colidido na traseira de sua motocicleta por um veículo. Que devido ao acidente o comunicante sofreu lesões e foi encaminhado ao Hospital de Resgate. Que não deseja representar criminalmente. Registro somente para fins do Serviço de Polícia.

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira
Agente de Polícia
Mat 042000612

Ernandes Ferreira Lima

Agente de Polícia

Matrícula: 42000512

Assinado pelo Autoridade

Declaro para os devidos fins de direito que esta declaração foi feita voluntariamente, sem qualquer coação, fraude ou dolo, e que a mesma é verdadeira e fiel ao que ocorreu.

Declaro para os devidos fins de direito que esta declaração foi feita voluntariamente, sem qualquer coação, fraude ou dolo, e que a mesma é verdadeira e fiel ao que ocorreu.

José Garcia Alves de Sousa
(Comunicante)



Delegado de Polícia Civil: Alexander
Lopes da Silva
Matrícula: 042000612
Data de Impressão: 09/09/2019
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 1

Ficha - Procedimentos Policiais Eletrônicos

SINISTRO 3190635941 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA
CPF/CNPJ: 94420580100
Posição em 22-11-2019 11:56:25

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total			
25/11/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

