



Paulo Sérgio de Souza  
Advocacia & consultoria

Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 317 B

## **EXCELENTE SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_\_ VARA CIVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA**, brasileiro, solteiro, autônomo, portador da cédula de identidade RG Nº 356322-7 SSP/RR, inscrito no CPF sob nº 944.205.801-00, residente e domiciliado na AV: Jardim, nº 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, nº 102, Centro – Boa Vista e Rua Ulisses Guimarães nº 436 Rorainópolis, onde recebe notificações que o caso requer, vêm, **respeitosamente**, à presença de Vossa Excelência, propor a presente,

### **ACÃO 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, 5º 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 nº 5.584/70 e 1.060/50, com a redação que lhe deu a Lei nº 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 direitos ao seguro obrigatório (DPVAT), promoveu, por meio de solicitação administrativa, o pagamento da apólice a título de validez, 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 suscinta.

#### **2. DO DIREITO**

A lei que rege o seguro DPVAT é a Lei nº 6194/74 com as posteriores modificações implementadas pelas Leis nº 8441/92, nº 11.482/07 e nº 11.945/09.



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:



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, precípua mente, 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 SUPORTADOS 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 vitimada:**

**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 DPVT. PROVA PERICIAL. APURAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ. DESNECESSIDADE. PAGAMENTO DE PARTE DO VALOR DEVIDO. A TITULO DE SEGURO DPVAT PELA



SEGURADORA. RECONHECIMENTO IMPLICITO DA INVALIDEZ PERMANENTE DA VITIMA. RECURSO 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 efetivo 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 família<sup>1</sup>, 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, pericia, todas desde logo e requeridas
- c)** A total **PROCEDÊNCIA** do pleito autorral, 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

<sup>1</sup> 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.

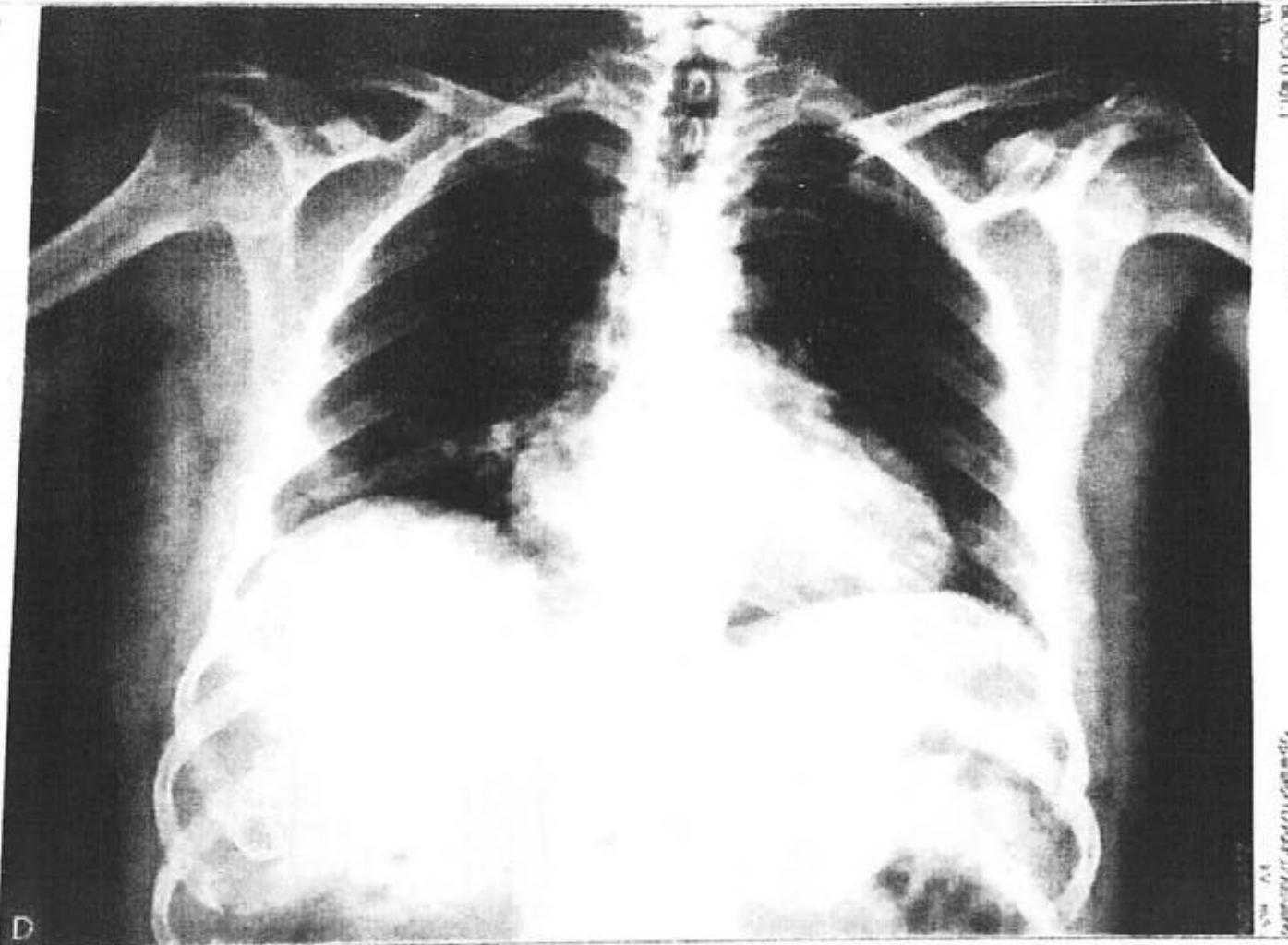
Nestes termos, pede deferimento.

Boa Vista, 20 de dezembro de 2019.

**Paulo Sergio de Souza**

**OAB/RR 317B**





**Not intended for official interpretation.**

PROJUDI - Ref. mov. 1.5 - Assinado digitalmente por Paulo Sergio de Souza

24/01/2020 10:45:20 (Brasil - Brasília)

1.5  
m.s.



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: PJYVQ 5TU7U UGMNK YHJQK

**DR. FRANCISCO FERREIRA DE FARIAS JÚNIOR - CRM 365/RR**  
Av. Nossa Senhora da Consolação 597 - CEP 69.300-000 - Boa Vista/RR  
Fone:(95) 98111 7525 - E-mail: fariassr2005@gmail.com

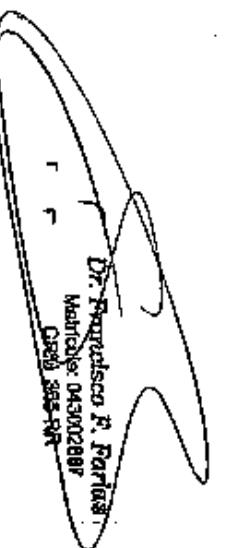
Laudo Médico

Dr. José Góesio Alves da Souza, C. I 356322-7 SSP/RR

Natureza da acometida do paciente, com diagnóstico da natureza suspeita de toracogelo direito, conforme ficha de atendimento 1903143776, de 03/06/19 do P. S. F. C. E. Beloão. Foi realizada tomografia torácica estando o paciente com eferve de toracogelos, murete claudicante à direita. Apresenta limitação para flexão, hipertônias e reflejo intenso à extensão de toracogelos direitos. Apresenta dor e mobilidade ativa e gâmine durante exame clínico.

Conclusão: Enciando com as sequelas permanentes da acometida toracogelos direitos.

Boa Vista, 08/01/2019



Dr. Francisco F. Farias  
Matrícula: 043002009  
CRM 365/RR

“**ANATONI**NA, VARTUMANO DOS TRASLADOS  
SOCIEDADES DE HISTÓRIA, ARQUEOLOGIA, E MUSEUS

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Dear Sirs  
I have the pleasure to  
inform you that the  
Government of  
Nigeria will be  
represented by Dr. D.

See also [S. H. C.](#)

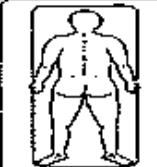
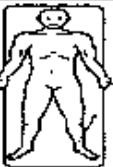
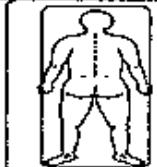
28117

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: PJYVQ 5TU7U UGMNK YHJQK

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 <b>HGR</b> HOSPITAL GERAL DE Ribeirão Preto	<b>Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR</b>	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: <i>forá Garcia Alves</i>			
		Leito: 401-1	Data: 08 / 08 / 19		

Localização	 	Região: <i>M. I. D.</i>	 	Região:	
		Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>		Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	
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: <i>Tração</i> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: <i>F. O.</i>				
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				
Pele Perilesional	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" 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				
Solução de Limpeza	<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:				
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <i>manha</i> <input type="checkbox"/> 48/48h				
Profissional que realizou procedimento:	<i>Enfermeira Fátima N. Vizoto</i> Núcleo de Enfermagem COREN-SP 449.709	<i>Jucilene Moreira</i> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554			
Observações:	<i>Manutenção da cura</i> <i>Manutenção da cura</i> <i>Manutenção da cura</i>				



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

DATA DE ADMISSÃO: 04/01/2019  
PACIENTE: JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA  
DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D

ALÉRGIAS	PRESCRIÇÃO MÉDICA		
	HAS	DIH	DN
IDADE: 52	LEITO	401-1	DATA: 04/01/2019

ITEM	HORÁRIO
1 DIETA ORAL LIVRE	SB
2 AVP	SB
3 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SB
4 TENDOCAM 40MG 1X AD DIA S/N	SB
5 DIPRORONA 1G EV OU 500MG VODE 6/5H SIN	SB
6 OMEPRAZOL 40MG EV 1X AD DIA S/N	SB
7 PLASIL 10MG EV 8/8H SIN	SB
8 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SB
9 SIMETICONA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS SIN	SB
10 CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6	SB
11 CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12	SB
12 SSVV + CCGG 6/6H	SB
13 CURATIVO DIÁRIO	SB
14	SB
15	SB
16	SB

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 DM/L, 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, ANICTERICO, AFEBRIL,  
EUPNEICO, NORMOCORADO,

HIDRATADO.

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITais				
6 H	PA	EC	FR	
12 H	107/61	73	20	Dr. José Silva 04/01/2019
18 H	140/84	88	16	
24 H	121/71	72	58	

00 10/01/2019 03:22

Bloco D

<b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b>				
<b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b>				
<b>SERVÍCIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>				
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>				
<b>DATA DE ADMISSÃO</b>	<b>DIH</b>	<b>DN</b>	<b>HGR</b>	
<b>PACIENTE</b>	<b>JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA</b>			
<b>DIAGNÓSTICO</b>				
<b>FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D</b>				
<b>ALERGIAS</b>	<b>HAS</b>	<b>DM2</b>	<b>HORÁRIO</b>	
<b>IDADE</b>	<b>52</b>	<b>LEITO</b>		
<b>ITEM</b>				
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	AVP			
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
4	TENOXICAM 40MG 1X AO DIA S/N			
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N			
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA S/N			
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
8	TRAMAL 100MG + SF0.9% 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	SSVV + CCGG 5/6H			
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; 2 400-10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA**

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

#ENCONTRO PACIENTE DENTADO NO

LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,

AUMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

#EXAME FÍSICO : BEG, LOTE,

ACIANÓTICO, ANICTERICO, AFEBRIL,

EUPNEICO, NORMOCORADO,

HIDRATADO.

#PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140/80	82	-	Dr. Fernando Bezerra
18 H	150/80	84	-	
24 H	140/80	90	12 min	

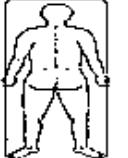
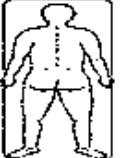
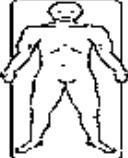
06/01/2020 08:15 35,1°C

**HOSPITAL SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS ABÓCIDE/F**

Bloco:	<input checked="" type="checkbox"/>	Data: 09 / 06 / 19	Enfermagem:	601	Leto:	01
Nome Completo:	JOSÉ GONÇALVES DE SOUZA		DN:	/	Sexo:	M
Hipótese Diagnóstica:	Isolamento ou Prevenção: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não					
Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual ist:		Padrão			
Necessidade de Intervenção: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual ist:		Contato			
Possui acompanhante: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual ist:		Genital - Genital / Gênitos - perigênos			
Desambulização: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Interno de ambulância <input type="checkbox"/> Acordado	Cbs:		Cadeira de rodas			
<b>SISTEMA NEUROLOGICO</b>						
<input type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	BC:
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Tópico	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotônico	<input type="checkbox"/> Hipotônico	<input type="checkbox"/> Hipertônico	PA: 134/83
<input type="checkbox"/> Atordoado	<input type="checkbox"/> Reage a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Pausa Cheio	<input type="checkbox"/> Fútil	<input type="checkbox"/> Aritmico	Pulso:
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b>						
<input checked="" type="checkbox"/> Afebril	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNE/SOE	GIT: <input type="checkbox"/> NPI
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Poxígio	<input type="checkbox"/> Aceleração da diária: <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcial	
<input checked="" type="checkbox"/> Hipoperfusão	CARACTERÍSTICAS DA PELE		<input type="checkbox"/> Evacuações: <input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Constipação	Colostomia
<input checked="" type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Discreta	<input type="checkbox"/> Ausente	Melena
<input checked="" type="checkbox"/> Normocorrada	<input type="checkbox"/> Hipocorrada	<input type="checkbox"/> Hipercorrada	<input type="checkbox"/> Fausa:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	
<input type="checkbox"/> Antidiética	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Cianótica				
<input type="checkbox"/> Aclimatada	<input type="checkbox"/> Edema local:	<input type="checkbox"/> Poxígio				
Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não						
Febreja: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não						
Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não						
<input checked="" type="checkbox"/> Eupotônico	<input type="checkbox"/> Bradipotônico	<input checked="" type="checkbox"/> Taquipotônico	<input type="checkbox"/> SISTEMA RESPIRATÓRIO	REGULAÇÃO ABDOMINAL		
Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Oxi:	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Normotônico	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Globoso	Fistula:
Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Local:		<input type="checkbox"/> Assistido	<input type="checkbox"/> Maciço	<input type="checkbox"/> Tímpanico	
Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Total:		<input type="checkbox"/> Ruidos hidroacústicos	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	
Sinal de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Visceromegalia:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> PO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Sonda: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	SNG		<input type="checkbox"/> Epoxiônica	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Anúria	OBstr:
Drano de:			<input type="checkbox"/> Ruidos hidroacústicos	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Colúria	
Cateter Vascular: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Visceromegalia	<input type="checkbox"/> Irrigação contínua	<input type="checkbox"/> Hematuria	
Protease: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Lavagem	<input type="checkbox"/> Sifonagem	<input type="checkbox"/> Urope	
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRANO/SÓRTESES E PRÓTESES						
Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Local:		<input type="checkbox"/> Data:	<input type="checkbox"/> Tocar em:		
Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Total:		<input type="checkbox"/> Caudativo realizado em:	<input type="checkbox"/> Tocar em:		
Sinal de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Tocar em:	<input type="checkbox"/> Tocar em:		
Sonda: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	SNG		<input type="checkbox"/> Quantidade:	<input type="checkbox"/> Tocar em:		
Drano de:			<input type="checkbox"/> Tocar em:	<input type="checkbox"/> Tocar em:		
Cateter Vascular: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Tocar em:	<input type="checkbox"/> Tocar em:		
Protease: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Tocar em:	<input type="checkbox"/> Tocar em:		
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>						
<input checked="" type="checkbox"/> Desidratação Prejudicada	<input type="checkbox"/> Vidação respiratória ineficaz		<input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão			
<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/> Vento infeccioso espontânea prejudicada		<input type="checkbox"/> Risco de Quedas			
<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input type="checkbox"/> Motilidade física prejudicada		<input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração			
<input type="checkbox"/> Risco de alteração infecciosa	<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada		<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada			
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal		<input type="checkbox"/> Risco de constipação			
1. Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Risco da sonda predefinida		<input type="checkbox"/> Comunicação deficiente			
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Corte: no australiano para Higiene					
<b>Escala de Morse</b>						
1. Histórico de Queda	4. Terapia Endovenosa/ dispositivo salinizado					
Não	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão			
Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Risco de Quedas			
2. Diagnóstico Secundário	5. Marcha/Desambulização					
Não	<input type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> Marcha/Desambulização	<input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração			
Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> Normal/Sem desambulização/Acordado	<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada			
3. Auxílio na Desambulização	6. Estado Mental					
Merhuny/Armaboo/Artimilato	<input type="checkbox"/> 15	<input checked="" type="checkbox"/> Orientação/limitado/conhece as limitações	<input type="checkbox"/> Risco de constipação			
Muletty/Bengala/Andador	<input type="checkbox"/> 20	<input checked="" type="checkbox"/> Compreensão/combateente	<input type="checkbox"/> Comunicação deficiente			
Mobilílio/Passe	<input type="checkbox"/> 20	<input checked="" type="checkbox"/> Estado Mental				
TOTAL:	<input type="checkbox"/> 0 - 24	<input type="checkbox"/> Risco Médio: 25 - 44	<input type="checkbox"/> Risco Alto: maior que 45			
Prescrição para prevenção de quedas no vaso						

# EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 <b>HGR</b> Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: <i>José Bancio Alves</i>			
	Leito: 401.1	Data: 07/08 / 2019		

Localização			Região: <u>MED</u>			Região: <u>MED</u>	
	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>				Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>		
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>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 checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:			
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelado <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"/> Esfacelado <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>lúpulo</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:			
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"/> 12/12		<input checked="" type="checkbox"/> Diário	
Profissional que realizou procedimento:	<i>Vanessa da Silva Moraes</i> <i>Técnica Enfermagem</i> <i>COREN-RR 105</i>		<i>Araújo da Silva Guedes</i> <i>Técnica Enfermagem</i> <i>COREN-RR 965</i>	<i>Vanessa da Silva Moraes</i> <i>Técnica Enfermagem</i> <i>COREN-RR 965</i>		<i>Araújo da Silva Guedes</i> <i>Técnica Enfermagem</i> <i>COREN-RR 964.622</i>	
Observações:	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>						



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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE	JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA		
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D		
ALÉRGIAS	HAS	DMA2	
IDADE	52	LEITO	DATA

ITEM	DIETA LIVRE	HORARIO
1	AVP	
2		
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
4	TENOXICAM 40MG 1X AO DIA S/N	
5	DIPRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N	
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1X 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 6/8 HRS S/N	
10	CUNDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6	
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12	
12	SSWV + CCGG 6/8H	
13	CURATIVO DIARIO	
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 ≤ 70 DMGL, GLICOSE  
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LETTO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
#EXAME FÍSICO : REG, LOTE,  
ACIANÓTICO, ANICRÉTICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

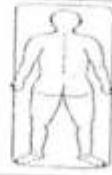
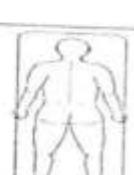
#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO  
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	40x23	84	17
18 H	138/79	89	17
24 H	172/74	90	18

Dr. *[Assinatura]*  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
HRR 1998

06/01/2020 - 14:00

 <b>HGR</b> Hospital Geral de Ribeirão	<b>Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR</b>	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018	
		Paciente: <i>JOSÉ GARCIA</i>				
		Leito: 404-1	Data: 06/08/19			

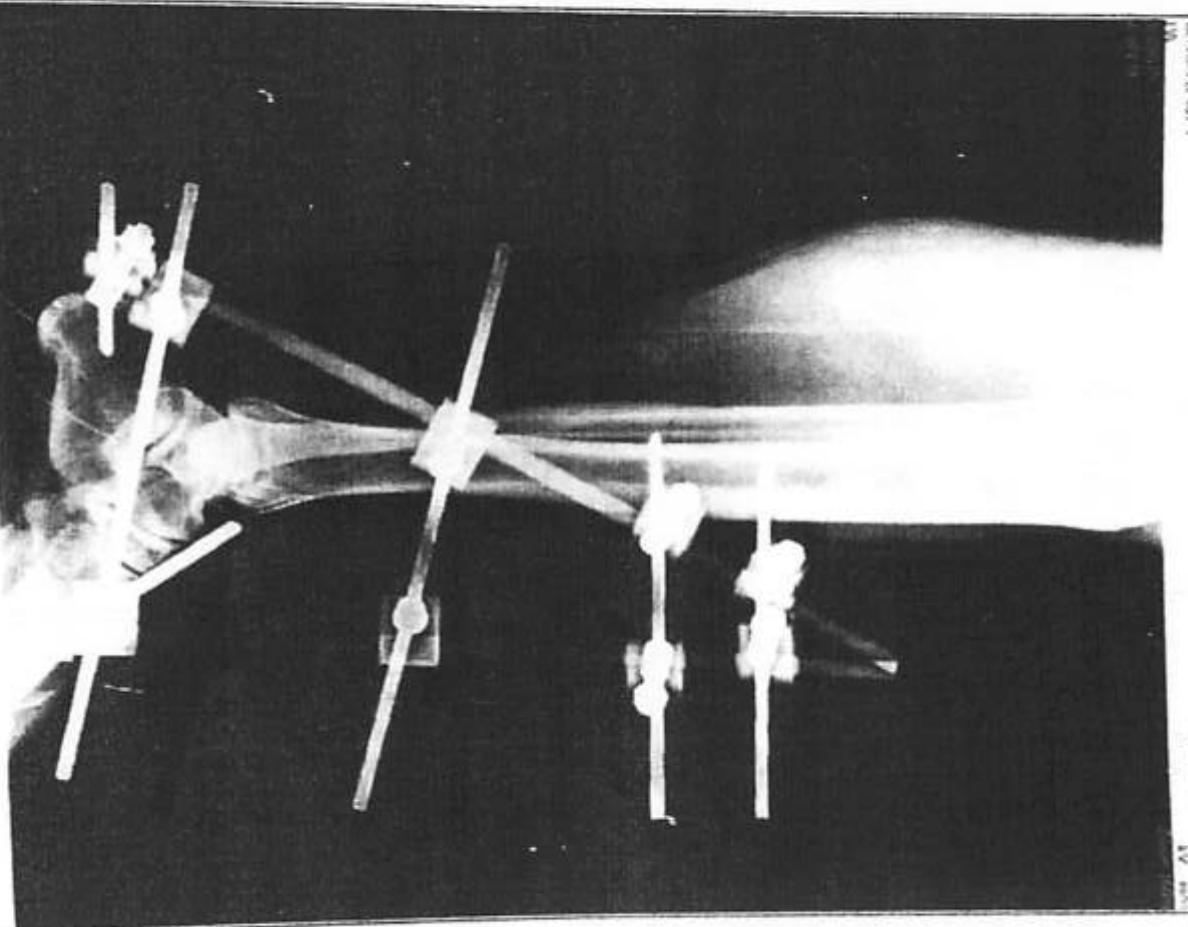
Localização	 	Região: <i>M10</i>	 	Região:	
Etiologia	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> 2 ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: Tração <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:				
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros				
Pele Perilesional	 Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:				
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso  Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:				
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado  Úmido ( ) Seco				
Solução de Limpeza	 Soro Fisiológico 0,9%  Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%				
Cobertura primária	 Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel  Outro: <i>Abé</i>				
Troca	( ) 12/12  Diário ( ) 48/48h				
Profissional que realizou procedimento:	<i>Bruno S. Pereira</i> Téc. de Enfermagem COREN-RR 818356	<i>Berenice Sônia Carlos</i> Téc. de Enfermagem COREN-RR 387072			
Observações:					



**Not intended for official interpretation.**

PROJUDI - Ref. mov. 1.4 - Petição

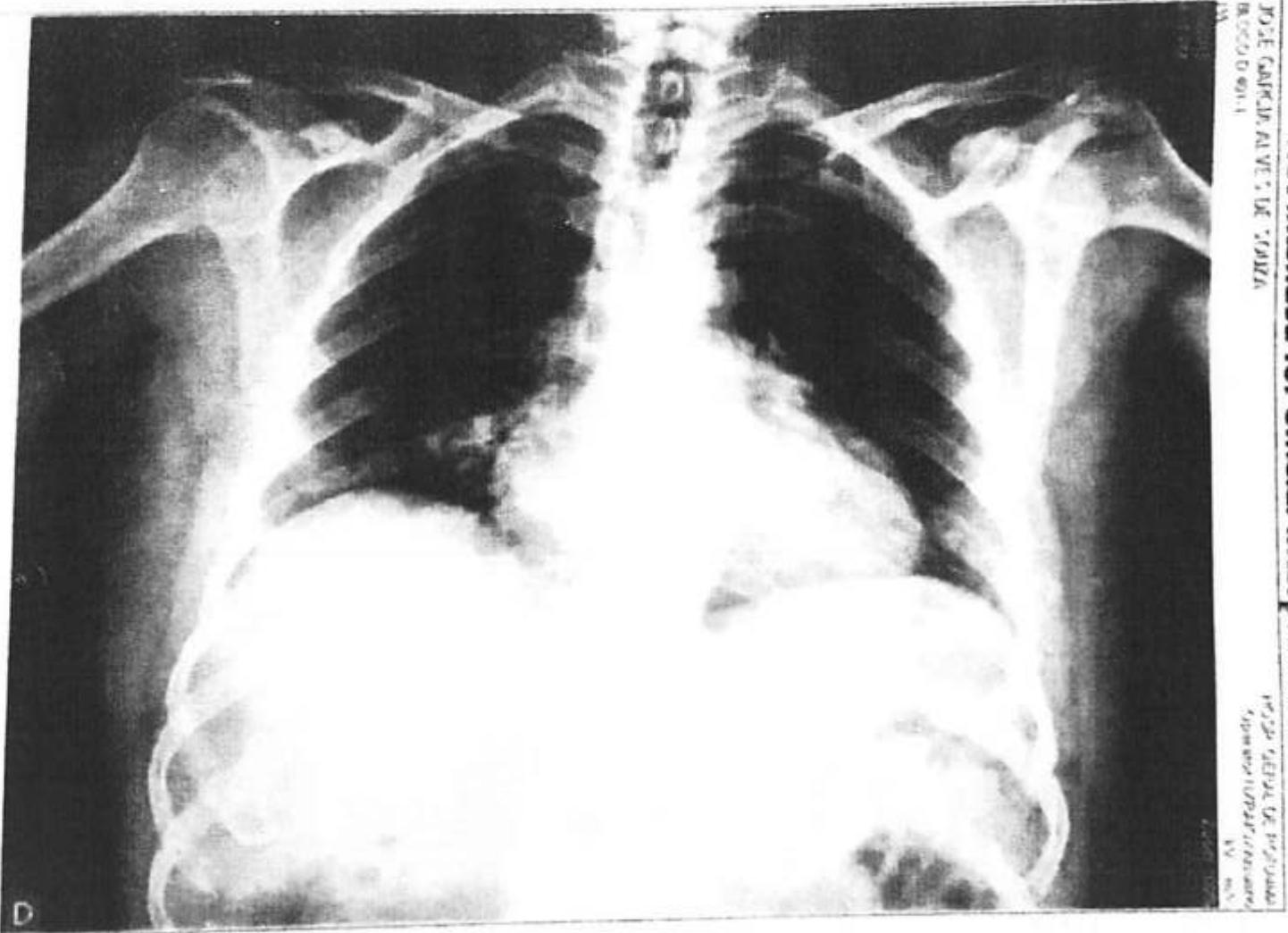
100%  
100%  
100%  
100%



Arq. 1º mov.

100%  
100%



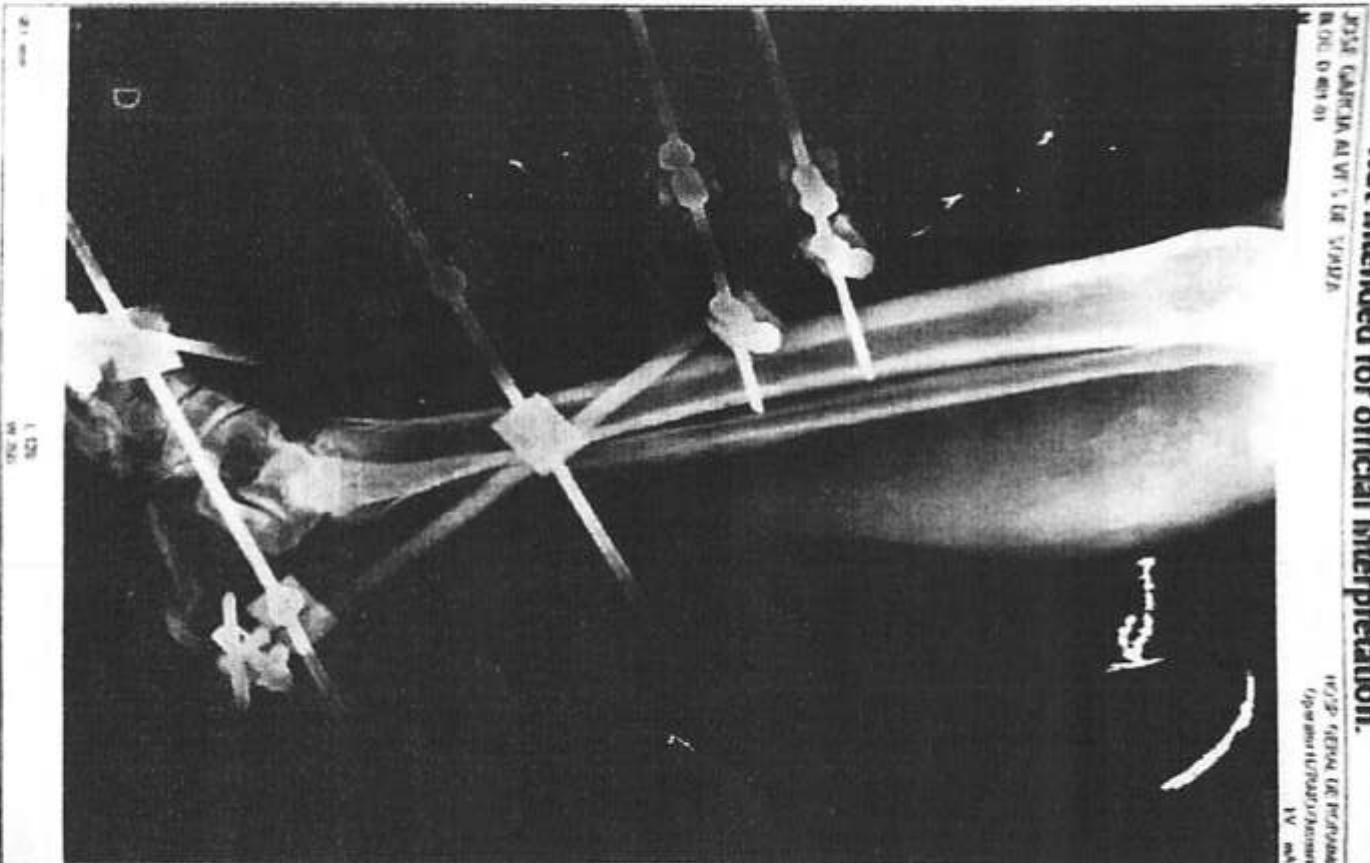


**Not intended for official interpretation.**

JOÃO GABRIEL ALVES DE MELLO

PROJUDI 0802271-05.2020.8.23.0010

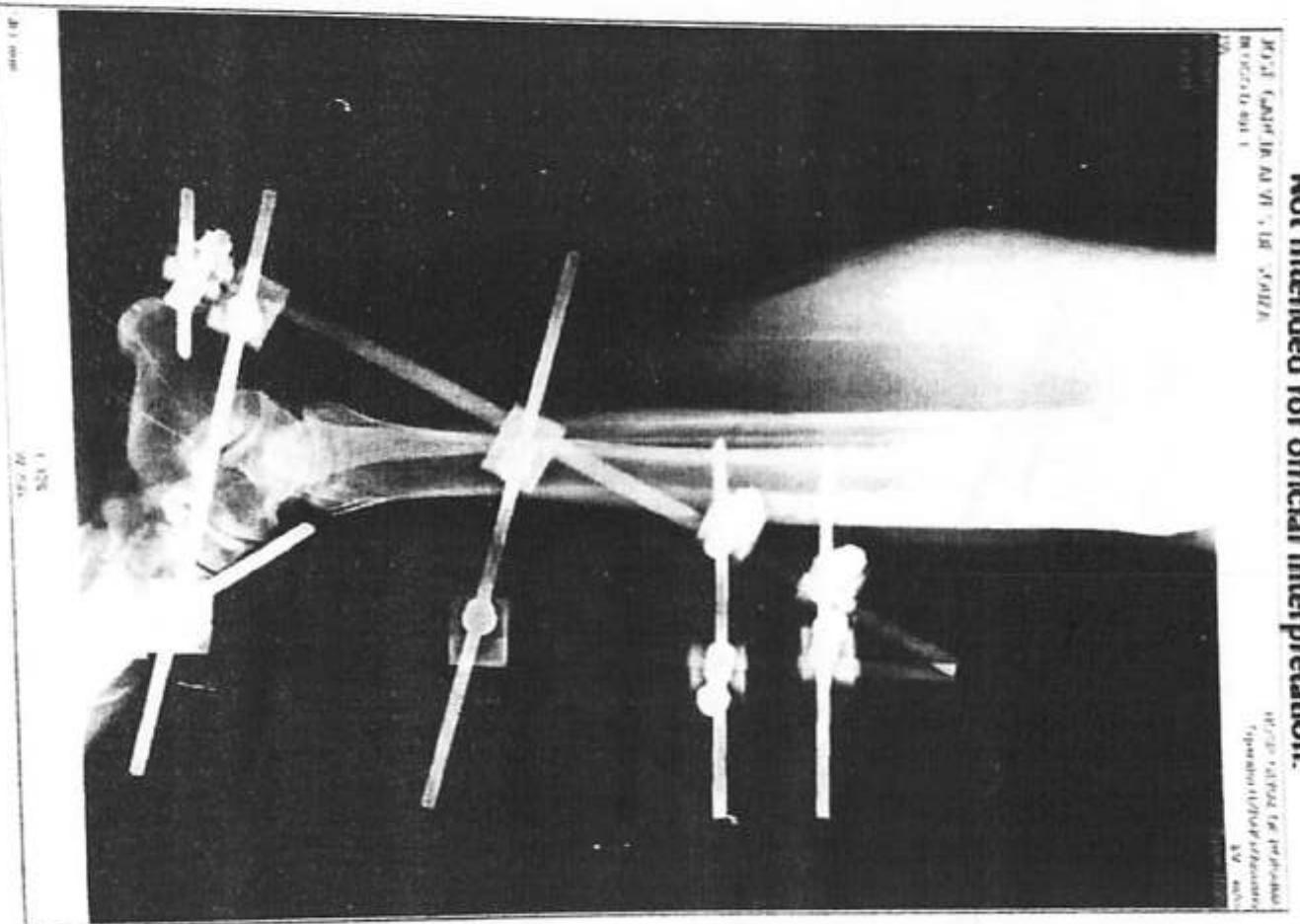




Not intended for official interpretation

4722 • J. Neurosci., October 1, 2003 • 23(26):4717–4722

卷之三



Not intended for official interpretation.

卷之三

1000

Not in tem



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

**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 Lider 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.

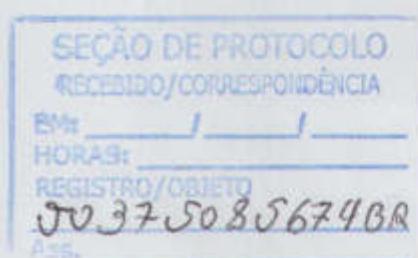
Boa Vista, 27/1/2020.

CARLOS WANDERLEY B. DE LIMA

Analista Judiciário - Diretor de Secretaria

Por ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 6º 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**

**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 Maximo 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](mailto: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,**

21  
24/01/2020: CONCEDIDO O PEDIDO . Arq: Decisão

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.



**8. CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA**

Óbito evidente

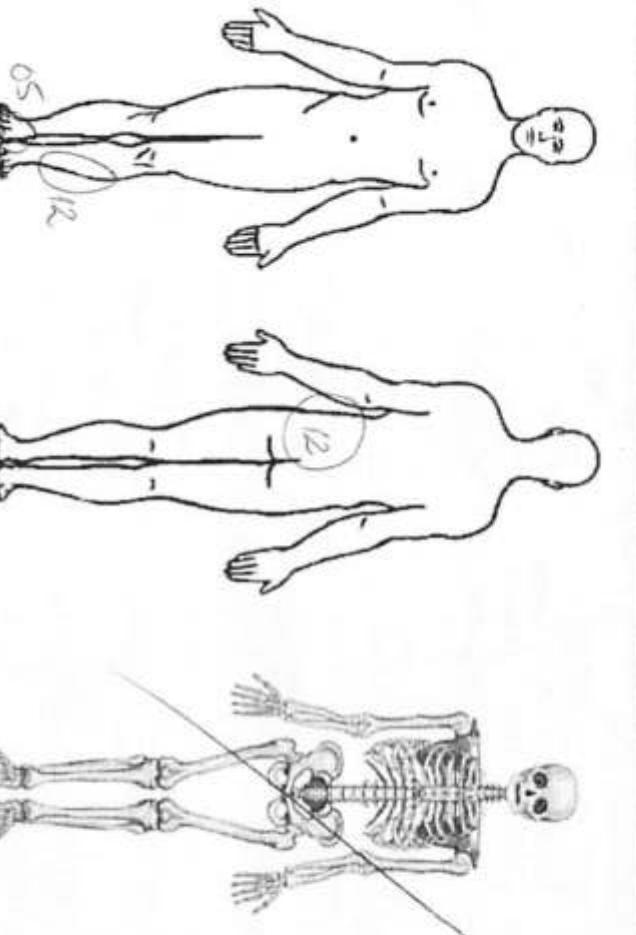
PCR

Vítima encarcerada

Vítima ajetada

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- Contusão
- 11- Escoriações
- 12- Queimaduras
- 13- Queimaduras

**10. HISTÓRIO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Relatei motociclista, encontrava-se sozinho, sentado, com a mão no seu ombro, o mesmo informou ter caído, 20s, cintadas de passageiros, ficando, biciroca se sentar de trás da rédea do motociclo, cintas. Auto após o saida da Nazaré no momento, sente dor no lado esquerdo, sente dor no lado direito, cintas, o condutor só o pôs para melhor sentimento. O mesmo informou ter ingredio bebida alcoólica pelo motivo, que sua esposa veio acompanhante no VTR.

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

- Carteira de identidade
- Cartão magnético \_\_\_\_\_ Und
- CNH
- Cheque \_\_\_\_\_ Fls
- CPF
- Dinheiro R\$ \_\_\_\_\_
- Jóias
- Relógio

Aos cuidados de: \_\_\_\_\_

**12. UNIDADE DE SAÚDE**

- P.S Francisco Elesbão
- Hosp. da Criança Santo Antônio
- P.A Arton Rocha
- Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré
- Pronto Atendimento Cosme e Silva
- Hosp. Unimed

**13. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE**

Instável

Crítico

**14. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Chefe de equipe: \_\_\_\_\_

Socorrista(s): \_\_\_\_\_

Condutor da VTR \_\_\_\_\_

Resp. pelo preenchimento \_\_\_\_\_

**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 2084

-3-

GOVERNO DO ESTADO DE MÉDIA  
Secretaria do Estado da Saúde  
Hospital Clínico do Paraná - HCP/MS/001  
Av. Dom Pedro I, Edifício Clínica, 3.000

IGNORADO 356322-7 SSI/RR 05/06/2015 M UNIAO ESTAVEL PARDA BOA VISTA - RR BRASILEIRA  
Mae ALBERTINA ALVES DE SOUSA  
Endereço SEBASTIAO GOMES SOUSA  
AVENIDA - JARDIM - 403 - CHAMADA SATELITE - BOA VISTA - RR  
Contato (95) 99152-5957  
Ocupação AUTÔNOMO

Anamnese de Internação	GSC					TOTAL
	AG 1	2	3	4	5	
	1234	12345	12345	123456		

Anamnese - HORA DA CONSULTA - 10h  
Causas: Estresse - Vento - Prece - Motivação - Desejo - Amor - Desamor - Desejo

Hipótesis Diagnóstica

SADT - Exames complementares  
 RAIO-X     ULTRASOM     TC     SANGUE     URNA     ECG     OUTROS: \_\_\_\_\_

~~12 hours 15 min → 13:40  
Treatment to be given with  
Gens. and 250 mg → 13:20  
Chloramphenicol 600 mg → 13:00~~



## Opinião

Por favor envie os documentos  
para revisão e retorno  
em 120.

Levo em consideração  
que o Dr. em 120  
apresentou seu parecer

Dr. Marcus Brücker  
Médico Piscicolo  
Ortopedico Traumatologista  
CRM 1917788







Brasil

102

ESTUDO DA DESERÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Establishments.  
HOSPITAL GÉRAL DE ROUEN.

Gruppe 12

PROCEDIMENTO RÁPIDO

de  
P. 150

Nome do Paciente:  
Jose Garcia

es de Sousa

Na do Pronto-socorro  
1901/43

03.08.19

**Hospital Geral de Roraima (X)** | **Dados dos materiais/Serviços**

MÉDICO CIRURGÃO: Rogerio Dílio

25 AUXILIAR

## INSTRUMENTADOR:

Dr. Augusto  
Ortopedista  
Medico e Cirurgico  
CRM-SP 10000  
CRM-AN 10000

Autuaflizac 20 N 1/2 de Qualidade e Segurança do Paciente - NCS®/High em DS/2014

Line 15. Outenira  
S. Schenck  
C. 226-537 Eng

97 cm PDI 3.4% Seawater 02. Sines 12/08

ANOTACÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

Termo de Consentimiento Clínico: ( ) Sim ( ) Não ( ) Termo de Consentimento Anestésico: ( ) Sim ( ) Não

Data de NASC: 19 / 01 / 1967 Idade: 51 Setor/Leito: 03 / 08 / 2019

CENTRO CHIRURGICO/SR/

SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIODICA

524

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGI

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	NR DO PRONTUÁRIO	DATA	
<u>José Garcia Alves de Souza</u>			<u>J90345776</u>	<u>03</u>	<u>108 / 19</u>
TIPO		CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO	
<u>Fixação Externa de Vídeo "D"</u>		<u>INICIO</u> <u>J4:50</u>	<u>FIM</u> <u>15:48</u>	<u>TEMPO TOTAL</u>	
CIRURGÃO		EQUIPE MÉDICA			
<u>Dr. Rogerio Dias</u>		<u>ANESTESISTA:</u> <u>RES. ANESTESIA:</u>	<u>Dr. Fabrion</u>		
1º AUXILIAR		<u>RES. Pedro / Res. Augusto</u>	<u>CIRCULANTE</u> <u>Sorires e Hilma</u>		
2º AUXILIAR					
TIPO DE ANESTESIA:					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<u>10</u>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO <u>500ml</u>	
<u>10</u>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<u>4</u>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<u>3</u>	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
<u>3</u>	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N° <u>2.0</u>	
<u>10</u>	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
	LÂMINA BISTURI N°			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUCCÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			1 - CERA P/ OSSE <u>cártfer</u> 12	
	SERINGA 05 ML			1 - KIT CATORATA <u>Equivalente</u> <u>anestesia</u>	
	SERINGA 10ML			1 - GLOTOAM <u>Agulha P/ roque</u>	
	SERINGA 20ML			5 - HEAGARDIA <u>Elétrica</u>	
			<u>10</u>	OUTROS: <u>Abdômen de cirurgia</u>	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA CCC DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)		<u>ENFERMEIRA CHEFE</u> <u>Gabrielle</u> <u>Aline</u>	MATERIAL MEDICAMENTOS		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	SUB- TOTAL	
			TAXA DE ANESTESIA	SOMA	
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

110

卷之三

JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA 03000149

401-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA	
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO	DIH
PACIENTE	DN

JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA

DIAGNÓSTICO: FRACTURA EXPOSTA PILÃO TIBIAL D

ALERGIAS	HAB	DM2	HORARIO
IDADE	LEITTO	DATA	SAÍD
ITEM			INSTRUÇÕES
1	DIETA LIVRE		
2	AVP		
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU RAD > 110 MMHG	SN	
4	TENOXICAM 40MG 1X AODIA S/N	SN	
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N	SN	
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1X AODIA S/N	SN	
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SN	
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN	
9	SIMÉTICONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N	SN	
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6	SN	
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 5UM MG VO DE 12/12	SN	
12	SSVV + CCGG 6/6H	SN	
13	CURATIVO DIÁRIO		
14			
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 DM/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

#ENCONTRO PACIENTE DENTADO NO  
LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE,  
ACANÓTICO, ANICTERICO, AFEBRIL,  
EUPNEICO, NORMOCORADO,  
HIDRATADO.

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO  
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITais	6 H	PA	FC	FR
	12 H	120/70	70	26
	12-28 H	13/56	84	35/72
	24 H	12/54	76	20 35/67

Dr. Fernando Ferreira  
Médico Plantonista

06 180/100 7.7 21 362

SISTEMATIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F									
Bloco:	Date:	03/08/10	Enfermagem:	401	Litor:				
Nome Completo:	João Góes - Ator de Teatro		Sexo:	11F	Altura:	1,76			
Hipótese Diagnóstica:	Inflamação ou Precaugão		Padão:	1) Contato ( ) Gotícula - aerosol ( ) Gotícula - perdegetos					
Alerta:	1) Sim	2) Não	3) Qual (s):						
Necessidade de intubação ( ) Sim ( ) Não ( ) Não			Obs:						
Passou atropelado:	1) Sim ( ) Não								
Deambulário:	1) Normal ( ) Sem deambulação ( ) Acamado	1) cadeira de rodas ( ) Fracass ( ) Comprometido/combalente							
Consciente ( ) Sedado ( ) Anestesiado ( ) Agitado	1) Desorientado ( ) Torpido ( ) Comatoso ( ) Reage a estímulos ( ) Não reage								
Fotoprotetor ( ) Isotônicas ( ) Anisotônicas ( ) Regulatória Térmica ( ) Alebril ( ) Hipotermico ( ) Febre ( ) Hipertermia	1) Moltica ( ) Anisotônicas ( ) PUPILAS ( ) Midriásica ( ) Miose ( ) Hipertermia ( ) Preenh								
Ritidodéia ( ) Normoparada ( ) Anestésica ( ) Edemática ( ) Febre ( ) Hipertermia	1) Desidratado ( ) Assecada ( ) Hipotorada ( ) Isotônica ( ) Giardíca ( ) Edema Local: _____								
Diátra por pressão: ( ) Sim ( ) Não									
Região:									
Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não ( ) SNG									
Cateter Peritoneal: ( ) Sim ( ) Não ( ) SNG									
Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não ( ) SNG									
Sonador: ( ) Sim ( ) Não ( ) SNG									
Careta Facial: ( ) Sim ( ) Não ( ) SNG									
Prótese: ( ) Sim ( ) Não									
1. Histórico de Queda									
Não	Sim								
2. Diagnóstico Secundário									
Não	Sim								
3. Auxilia na Deambulação									
Nenhum/Acamado/Auxiliado									
Muletaria/Bengala/Andador									
Mobilatório Parado									
TOTAL:									
Prescrição para Prevenção de queda no voo									
15) Orientado/limitado/conforme as limitações 0 16) Superestima capacidade/Esguicea limitação 15 17) Risco Mínimo: 25-49 Risco Alto: maior que 45									

Perro  
Medio

~~Lucien C. L'Amie, Camp  
L'Amie, N.Y. 13439  
Enseigneur 25A~~

Bloro D  
Maca 02

MAIS 40J-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
PACIENTE	DIH	DN	
AGNÓSTICO	<i>João Batista de Souza</i>		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	DATA	NEGA
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO		
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEN		
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h		
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H		
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H <i>SUBP</i>		
12	<i>Centenário Dr. Magalhães</i>		
13	<i>Centenário Dr. Magalhães</i>		
14	<i>Centenário Dr. Magalhães</i>		
15	<i>Centenário Dr. Magalhães</i>		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
17	SSW + CCGG 6/6 H		
18	CURATIVO DIÁRIO		
19	<i>Centenário Dr. Magalhães</i>		
20	<i>Centenário Dr. Magalhães</i>		
21	<i>Centenário Dr. Magalhães</i>		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≥ 70 DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
ENCONTRO PACIENTE DEDICADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANÍCTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORRADO, HIDRATADO.			
# SOLICITADO: RX; # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:			

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	1		
24 H	124	18	106
6H	132/84	95	36,5

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA		
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DA INCISÃO	ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES
<p><i>Dr. José Gomes Alves de Souza Reginaldo</i></p> <p><b>ACIENTE CONFIRMOU:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Identificação <input checked="" type="checkbox"/> Sítio Cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>ACIENTE POSSUI:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Identificação <input type="checkbox"/> Sim, Qual: _____</p> <p><b>ACIENTE POSSUI RISCO DE ASPIRAÇÃO:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Profissional profissional disponível</p> <p><b>ACIENTE POSSUI SANGUÍNEA &gt; 500 ml:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos</p> <p><i>Dr. Alberto P. M. Herter Anestesiologista CRM-RN 2056 CRF-RN 1844</i></p> <p><i>Assinatura</i> Assinatura: _____ Hora: _____</p> <p><i>3 8 11</i></p>	<p><b>ANESTESISTA:</b> <i>Fabio</i></p> <p><b>SAÍDA:</b> <i>Sala Pos Operatória</i></p> <p><b>CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Identificação do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento</p> <p><b>EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: Alguma preocupação específica em relação ao paciente</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.</p> <p><b>A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Sim, Qual: _____ Hora: _____</p> <p><b>AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p>	<p><b>OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</li> <li><b>SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se Aplicam</li> <li><b>COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica</li> </ol> <p><b>SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO</b> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><b>O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se Aplica</p> <p><i>Gabriel Souza - 29341-14</i> Assinatura e Carimbo</p>

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO



**Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas –  
HGR**

## Protocolo nº 1

Versão:08

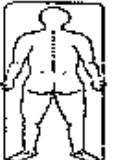
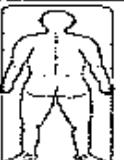
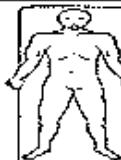
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: JOSÉ GARCIA

Leito: 404-1

Data: 06/08/19

Localização			Região: <i>M10</i>			Região:
			Grau: I ( ) II ( ) <i>2</i>			Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <u>Tração</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>Fixador Externo</u> ( ) Ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <u>Tração</u> <input checked="" type="checkbox"/> <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	<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 ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) 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: <i>ABE</i>	( ) 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:	<i>Bruno S. Pereira</i> Bacharel em Enfermagem COREN-RR 618.156	<i>Berenice Sônia Carlos</i> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 507.372				
Observações:						

19.  $\frac{1}{2} \ln(1-x^2) + C$

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
TIGER				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN	
JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA PÍLÃO TIBIAL D				
ALÉRGIAS	HAS	DM2	HORÁRIO	
IDADE	LEITO	DATA	06/08/2019	
ITEM	DIETA ORAL LIVRE		S/24h	
1	AVP		S/24h	
2			S/24h	
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		S/24h	
4	TENOXCAM 40MG 1 X AO DIA 5/N		S/24h	
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/8H S/N		S/24h	
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA 5/N		S/24h	
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		S/24h	
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		S/24h	
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		S/24h	
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6		S/24h	
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12		S/24h	
12	SSAV + CCGG 6/6H		S/24h	
13	CURATIVO DIÁRIO		S/24h	
14			S/24h	
15			S/24h	
16			S/24h	
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 S 70 DM/L, 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, ANICTERÍCO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO.				
HIDRATADO.				
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUTA: MANTIDA				
SINAIS VITAIS				
62	PA	FC	FR	
12 H	120/72	81	47	25.1
18 H	133/86	75	36	26.4
24 H	120/60	81	32	26.4

Paciente el que se dijeron medicados epm, aspergilo  
osu + calefactante externo lab.  
Diseñó el nombre  
de la farmacia  
que se le dio  
el medicamento  
que se le dio

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																													
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																													
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																													
PRESCRIÇÃO MÉDICA																													
DIRETORIO DA RORAIMA Instituto Geral da Roraima		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 VO 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	SSVV + CCGG 6/6H																												
13	CURATIVO DIARIO																												
14																													
15																													
16																													
	<b>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</b>																												
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>																													
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES																													
#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICRÉTICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.																													
#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUTA: MANTIDA																													
<table border="1"> <tr> <td>SINAIS VITais</td> <td>6 H</td> <td>PA</td> <td>FC</td> <td>FR</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>12 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>18 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						SINAIS VITais	6 H	PA	FC	FR			12 H						18 H						24 H				
SINAIS VITais	6 H	PA	FC	FR																									
	12 H																												
	18 H																												
	24 H																												



Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 3178

Dr. Jonon Emerson de Souza Camilo  
OAB/RR 1376

Paulo Sergio de Souza  
Advocacia & Consultoria

Dra. Paula Rafaela Paula de Souza  
OAB/RR 3408

## PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE *José Garcia Alves de Souza* brasileiro(a),  
estado civil: Solteiro, Profissão: Advogado, Profissão: Advogado,  
portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 356322-4 SSP/TO  
e inscrito(a) no CPF/MF nº 944.205.801-00, residente e domiciliado  
(a) na Av. Jardim 689 B-18 APACIA AP1, nº 403,  
Bairro: Cidade Satélite, no  
município Boa Vista RR, telefone: 991222322, E-mail:  
assinado, com escritório profissional na Rua Gal Perna 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 Pernha 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 PALHA 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 Fórum 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 mandado, dando tudo por bom,  
firme e valioso em especial para propor Ação de Cobrança do Seguro  
Obrigatório DPVAT.

RR \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

*José Garcia Alves de Souza*

Outorgante

CPF/MF nº



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

Dra. Paula Rejane Piafina de Souza  
OAB/RR 3408

Paulo Sérgio de Souza  
Advocacia & Consultoria

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**EU:** Jose Garcia Alves de Souza  
estado civil Só/terio, RG no 356322-1, e CPF  
no 944.205.805-00, residente e domiciliado (a) na  
Av. Jardim 687 B-18 cod. ARACUS N° 103 Bairro:  
Coco de Pilhite, Cidade Bon Vista RR  
- Roraima, telefone (95) 961 222322.

**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 lídima expressão da verdade, firmo a presente declaração.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.

Jose Garcia Alves de Souza

**DECLARANTE**



Part 2

SEU CÓDIGO  
0135682-8

Reunión Energía S.A.  
Av. Capitán Tomás Garrido 603 - Centro - Tijuana, B.C. - México

卷之三

CONTAMÉS		VENCIMENTO	CONSUMO (Wh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	01/08/2019	403	314,55	
ROSA MARIA DOS SANTOS LIMA SOUSA AV JARDIM 657 B13 6403-ARACAJU CIDADE SATELITE RESIDENCIAL VILA JARDIM CEP: 69.317-529 - BOM VISTA	RTU: 32-001-24-20 550280			A Tarifa Social da Energia Elétrica - TEEB foi criada pela lei nº 10.429 de 26 de outubro de 2002.

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

1

RESIDENCIAL		81	Luzpre	14EDB032750	14-3110	1.1.1.2	357
HISTÓRICO kWh		DESCRITIVO DA CONTA					
MES/ANO	CONSUMO	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	A	R\$	0,764682	=	
JUN/19	217						
MAT/19	346						
ABR/19	436						
MAR/19	410						
FEV/19	337						
JAN/19	331						
DEZ/18	317						
NOV/18	444						
OUT/18	409						
SET/18	387						

1100

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO**

REFERENDO AO FÍSCO		7800 8BC6 DSB2 7ED1 IC46, C409 F161 0979
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		HAPOSTOS/STRIBUTOS - R\$
Contribuição:	179,16	Base do ICMS:
Enaj.:	167,87	Alíquota ICMS:
Transporte:	0,00	17,00%
Encargos:	8,72	Valor do ICMS:
Tributos:	52,38	52,38
		Valor da PIS:
		0,00
		Valor da COFINS:
		0,00

9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
EL PESTA						

<b>RORAIMA</b> ENERGIA	<b>0135682-8</b>
MÊS FATURADO	DEZ/2010
07/2010	TOTAL A PAGAR: R\$ 314,55
VENCIMENTO	01/08/2010

卷之三





## SINISTRO 3190635941 - Resultado de consulta por beneficiário

**VITIMA** 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 Lider-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

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

