

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2626208820200206114310

Processo 0802278-94.2020.8.23.0010 - (13 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)
Realces					
Realçar Movimentos <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor Público <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
8 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 8					
500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/>	8 06/02/2020 11:43:10	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		8.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2690489CONTESTACAO01.pdf	Público
		8.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2690489CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		8.3 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2690489CONTESTACAOAnexo031.pdf	Público
		8.4 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2690489CONTESTACAOAnexo032.pdf	Público
		8.5 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			
	7 28/01/2020 16:45:53	Para advogados/curador/defensor de BRUNO RODRIGP ALMEIDA DA SILVA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE MANDADO DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO (27/01/2020)	EGILALINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciária		
<input type="checkbox"/>	6 27/01/2020 14:12:07	DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE MANDADO DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO	EDUARDO MESSAGGI DIAS Magistrado		
	5 24/01/2020 10:35:11	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ		
	4 24/01/2020 10:35:11	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ		
	3 24/01/2020 10:35:11	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ		
	2 24/01/2020 10:35:11	Registro de Distribuição DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/>	1 24/01/2020 10:35:10	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	PAULO SERGIO DE SOUZA Advogado		



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08022789420208230010

LITISPENDÊNCIA:

Processo Paradigma:

08022710520208230010

SÚMULA 474 STJ: “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez.”

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **03/08/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **09/09/2019.**

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descharacteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DA AUSÊNCIA DE CAPACIDADE POSTULATÓRIA

DA AUSÊNCIA DE DATA NA PROCURAÇÃO ACOSTADA AOS AUTOS

Verifica-se que o instrumento de mandato outorgado ao advogado da parte Autora, viola a regra esculpida no art. 104 do CPC, tendo em vista a ausência de data na procuração acostada aos autos.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte para sanar o vício contido no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a ausência de procuração válida não produz nenhum efeito legal aos atos processuais, sendo estes considerados inexistentes.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Assim sendo, se após determinação judicial para sanar o vício a parte autora permanecer inerte, deverá o processo ser extinto sem resolução do mérito de acordo com a regra contida no artigo 485, III, do CPC.

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

DA EXISTÊNCIA DE DEMANDA IDÊNTICA

CARACTERIZAÇÃO DE LITISPENDENCIA

Preliminamente, informa da existência de outra demanda idêntica a presente, ou seja, com as mesmas partes, pedido e causa de pedir, a qual fora registrada sob o número **08022710520208230010**, e tramita perante o Juízo da 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA - RR, conforme comprovam as cópias inclusas.

Desta feita, manifesta a tríplice identidade entre a presente demanda e aquela supramencionada, pelo que se requer o acolhimento desta preliminar, a fim de se julgar EXTINTO o feito, sem resolução de mérito, nos termos do art. 485, V, do CPC. Por fim, pugna-se pela condenação da parte autora a todos os consectários legais, inclusive custas processuais, honorários advocatícios e ainda, a condenação pela comprovada litigância de má-fé conforme disposto no artigo 80 e 81 da Lei Processual Civil.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontrovertido na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, foi apurada a seguinte lesão:

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML.

INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório." (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190635941
Vítima: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

Cidade: Boa Vista
Data do acidente: 03/08/2019

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 05. EXAME DE IMAGEM - PÁGINA 23.

CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 30, DR. FRANCISCO FERREIRA FARIA, CRM/RR 365, 08/11/2019.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituir-a através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **03/08/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), conforme demonstrado abaixo:**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/11/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 03027
CONTA: 000000054319-2

Nr. da Autenticação E3704A2A9C63E22B

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda;

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESSENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

⁶"PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO. Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentado pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º,VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor."(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁸art. 1º. (...)
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 4 de fevereiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

TABELA DE GRAADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08022789420208230010.

Rio de Janeiro, 4 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



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.



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:



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 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 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

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.

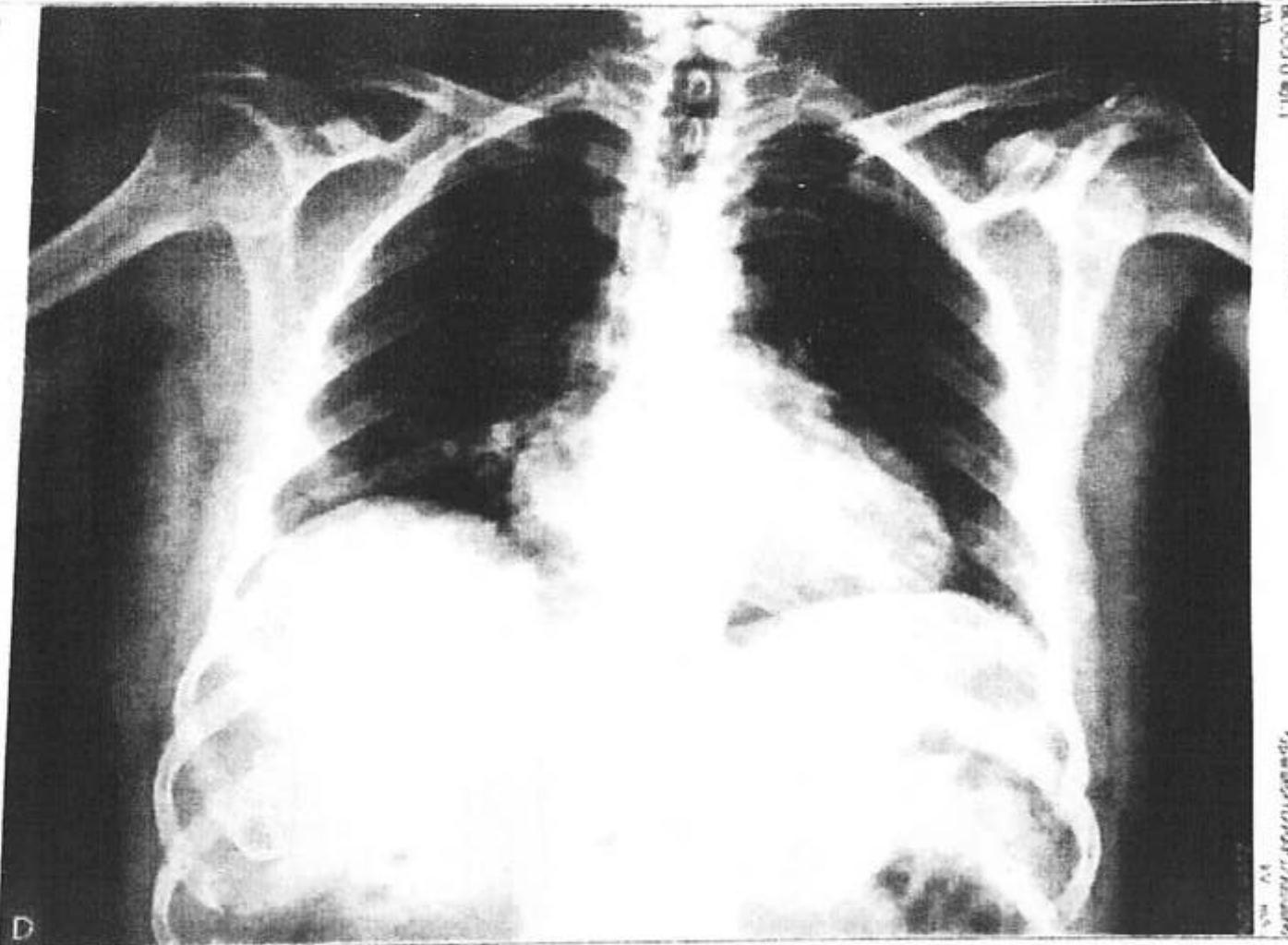
Nestes termos, pede deferimento.

Boa Vista, 20 de dezembro de 2019.

Paulo Sergio de Souza

OAB/RR 317B





Not intended for official interpretation.

JUÍZ GAIK, JR. M. V. DE SOUZA

BRUNO S. S. S.

GERAL DE PROJUDI

E-mail: projudi@tjrr.jus.br

Site:

<https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/>



DR. FRANCISCO FERREIRA DE FARIA JÚNIOR - CRM 365/RR
Av. Nossa Senhora da Consolação 597 - CEP 69.300-000 - Boa Vista/ RR
Fone:(95) 98111 7525 - E-mail: fariasmr2005@gmail.com

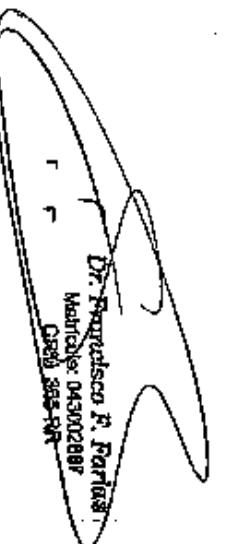
Laudo Médico

Sr. José Gonçalves Alves da Souza, C. I 356322-7 SSP/RR

Natureza do acidente da morte, com diagnóstico da natureza suspeita de toracogelo direto, conforme ficha de atendimento 1903143776, de 03/06/19 do P. S. Fc. Beloão. Foi realizada toxicologia com sinalizar entusias e ginecologia. O toxicológico provocou sono e paroxismo de toracogelos, observado claudicante e direito. Apresentava limitação para flexão, hipertonias e reflexo intenso e extenso de toracogelos direitos. Apresente dor e mobilidade ativa e permanente knowne clínico.

Conclusão: Enciando base se quale permanente do membro inferior direito.

Boa Vista, 08/01/2019



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



*MAGISTRADO FEDERAL DO BRASIL
ESTAMPA OFICIAL DA AGÊNCIA FEDERAL DE DOCUMENTOS
SECRETARIA DA JUSTIÇA DA FEDERAÇÃO

Poder Judicial Secretaria Assistência

Peço que sejam feitas as
seguintes mudanças:

ser o resultado da

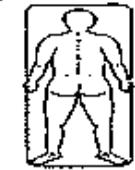
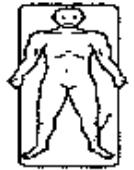
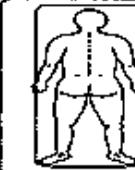
luta entre os seres
da Terra e os seres
do céu.

Paulo Sérgio de Souza

Substituto Procurador
Núcleo Criminal
UFG / RJ-201-150 - Cód. 04.012.000000000000

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

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

Localização	 	Região: M. I. D.	 	Região:
		Grau: I () II (X)		Grau: I () II ()
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input checked="" 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: <u>F.O</u>		<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input checked="" 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 checked="" 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 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 type="checkbox"/> Outro:		<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 <i>(Diário)</i>		<input type="checkbox"/> 12/12 <i>(Diário)</i>	
Profissional que realizou procedimento:	<i>José Fábio N. Viana</i> Enfermeiro Especialista COREN-RR 449.709	<i>Jucilene Moreira</i> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554		
Observações:	<i>Teste de aderência</i> <i>Teste de aderência</i>			



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

DATA DE ADMISSÃO: 04/08/2019
PACIENTE: JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA
DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D

ALÉRGIAS	HAS	DIH	DN
IDADE	LEITO	401-1	DATA
ITEM			
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	AVP		
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
4	TENDOCAM 40MG 1X AD DIA S/N		
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/5H SIN		
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA S/N		
7	PLASIL 10MG EV 8/8H SIN		
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
9	SIMETICONA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS SIN		
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 DIÁRIO		
14	fb 4 CUT		
15	fb 4 CUT		
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 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, ACIANÔTICO, 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. Jose Silva Jr. Assinatura 566
	18 H	140/94	88	16	
	24 H	121/91	72	58	

00 10/08/2019 13:22

Bloco D

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

PACIENTE	DIAGNÓSTICO			
DATA DE ADMISSÃO	HAS	DIH	DMZ	DN
JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA				
FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D				
ALERGIAS	LEITO	401-1	DATA	04/08/2019
IDADE				
ITEM	DIETA ORAL LIVRE			HORÁRIO
1	AVP			SB
2	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SB
3	TENOXICAM 40MG 1X AO DIA S/N			SB
4	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N			SB
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA S/N			SB
6	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			SB
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 0/8H SE DOR INTENSA			SB
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			SB
9	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6			SB
10	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12			SB
11	SSVV + CCGG 5/6H			SB
12	CURATIVO DIÁRIO			SB
13				SB
14				SB
15				SB
16	SE DIABÉTICO CORRECÃO 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			SB

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 CONDUITA; 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	10 mmHg	

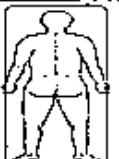
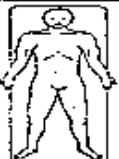
06/08/2019 08:30 AM 36,1°C

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS AB/C/D/E/F

Bloco:	<input checked="" type="checkbox"/>	Data: 09 / 06 / 19	Enfermagem:	401	Letra:	04	
Nome Completo:	José Gonçalves da Silva	Nível:	Exame	DN:	/	Sexo:	M
Hipótese Diagnóstica:		Isolamento ou Precaução:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Padão	<input type="checkbox"/> Contato	<input type="checkbox"/> Genital - Genital	<input checked="" type="checkbox"/> Gênitos - perigênos
Alergia:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual ist:					
Necessidade de Intervenções:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual idone:					
Possui acompanhante:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Cbs:					
Deambulação:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Interno com auxílio de cadeira <input type="checkbox"/> Interno	Int. Ajudado:					
SISTEMA NEURODÔGICO							
<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"/> Hipertônico	<input type="checkbox"/> Hipertensão	PA: 134/80	
<input type="checkbox"/> Atordoado	<input type="checkbox"/> Reage a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Pauso Cheio	<input type="checkbox"/> Furtivo	<input type="checkbox"/> Arritmico	Pulse:	
REGULAÇÃO TÉRMICA							
<input checked="" type="checkbox"/> Afebril	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Emissões: <input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Parcial	GIT: <input type="checkbox"/> NPI	
<input type="checkbox"/> Febri	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Póxio	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Distress	<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Colostomia		
<input checked="" type="checkbox"/> Hipoperfusão			<input type="checkbox"/> Falso: <input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Melena		
PULMÃO							
<input checked="" type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Normotônico	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Glúteo	SISTEMA CARDIOVASCULAR	
<input checked="" type="checkbox"/> Normocorrada	<input type="checkbox"/> Hipocorrada	<input type="checkbox"/> Hipercorrada	<input type="checkbox"/> Asistico	<input type="checkbox"/> Macrício	<input type="checkbox"/> Tímpanico		
<input type="checkbox"/> Antidiética	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Ruidos hidroacústicos	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente		
<input type="checkbox"/> Acidocálica			<input type="checkbox"/> Sistêmico	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Anúxia	Hígado:	
Úlcera por pressão:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Epitópico	<input type="checkbox"/> Poliúrgia	<input type="checkbox"/> Diuría	<input type="checkbox"/> Chlora	<input type="checkbox"/> Ónibérica
Febre:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	TOC: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Irrigação contínua	<input type="checkbox"/> Colúria	<input type="checkbox"/> Hematuria	<input type="checkbox"/> Uropênia
Curativo realizado:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Dispepsico	<input type="checkbox"/> Ar ambiente	<input type="checkbox"/> Traqueostomia		
REGULAÇÃO ABDOMINAL							
<input checked="" type="checkbox"/> Euprotetico	<input type="checkbox"/> Bradiprotetico	<input type="checkbox"/> Taquiprotetico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Glúteo	Feces:	
Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	QSO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Asistico	<input type="checkbox"/> Macrício	<input type="checkbox"/> Tímpanico		
Cateter Periférico:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Local:	<input type="checkbox"/> Total: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Data: <input type="checkbox"/> Caudivo: <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Presente		
Cateter Central:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Ausente		
Sinal de Infecção no sítio da punção:							
Sonda:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	SNG: <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> 15CG <input type="checkbox"/> 15NE <input type="checkbox"/> 15OE <input type="checkbox"/> 15IT	<input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Quantidade:	<input type="checkbox"/> Sifonagem		
Drano de:							
Cateter Vascular:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não						
Prótese:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não						
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/ORENOS/ORTÉSES E PRÓTESES							
Cateter Periférico:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Local:	<input type="checkbox"/> Total: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Data: <input type="checkbox"/> Caudivo: <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Tricar em:		
Cateter Central:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Tricar em:		
Sinal de Infecção no sítio da punção:							
Risco de desequilíbrio							
Risco de desequilíbrio intelectual							
Risco de desequilíbrio do volume							
Volume de líquidos excessivo							
Volume de líquidos deficiente							
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM							
1. Histórico de Queda							
Não	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> Não					
Sim	<input type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> Sim					
2. Diagnóstico Secundário							
Não	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> Marcha/Desambulação					
Sim	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> Normal/Sem desambulização/Adormado					
3. Auxílio na Desambulação							
Mercurio/Arancambo/Arabinolito	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> Fria					
Muleta/Bengala/Auxílio	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> Estudo Mental					
Mobilidade Parcial							
TOTAL:	<input type="checkbox"/> Risco Baixo: 0 - 24	<input type="checkbox"/> Risco Médio: 25 - 44	<input type="checkbox"/> Risco Alto: maior que 45				
Escala de Morse							
4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado							
5. Marcha/Desambulação							
6. Estado Mental							
7. Comportamento/Comportamento							
8. Suprimento circulatório/Escoice limitado							
9. Cefaleia/no-estufado para higiene							
10. Local:							
Prescrição para prevenção de quedas no vaso							

Evolução do Curativo

 HGR 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:			
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelô <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: <u>Liquido rugoso</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: <u>pardo</u>			
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 <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 Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 965	Ana Carolina Góes Góes Técnica Enfermagem COREN-RR 965	Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 965	Ana Cecília Soares Técnica Enfermagem COREN-RR 964.622
Observações:				



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			01613

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			07/08/2019
1	DIETA 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	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 + 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	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 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 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, ANICTERICO, AFEBRIL,

EUPNEICO, NORMOCORADO,

HIDRATADO.

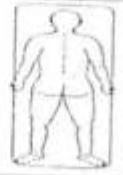
#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

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
OCG	130/80	92	18

Dr. Marcos Aguiar
 Ortopedista
 Traumatologista
 RJRR 1998

 HGR Hospital Geral de Ribeirão	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	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"/> 3 <p>() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: Tração <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo () Ortopedia () Outro:</p>				
Aparência do Leito	<p>() Necrose Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros</p>				
Pele Perilesional	<p><input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:</p>				
Tipo de Exsudato	<p>() Purulento () Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:</p>				
Quantidade de Exsudato	<p>() Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido () Seco</p>				
Solução de Limpeza	<p><input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70%</p>				
Cobertura primária	<p><input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <i>Abé</i></p>				
Troca	<p>() 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h</p>				
Profissional que realizou procedimento:	<i>Bruno S. Pereira</i> <small>Enfermeiro</small> <small>COREN-RR 818356</small>		<i>Berenice Sônia Carlos</i> <small>Enfermeira</small> <small>COLEP/UFSC 387072</small>		
Observações:					

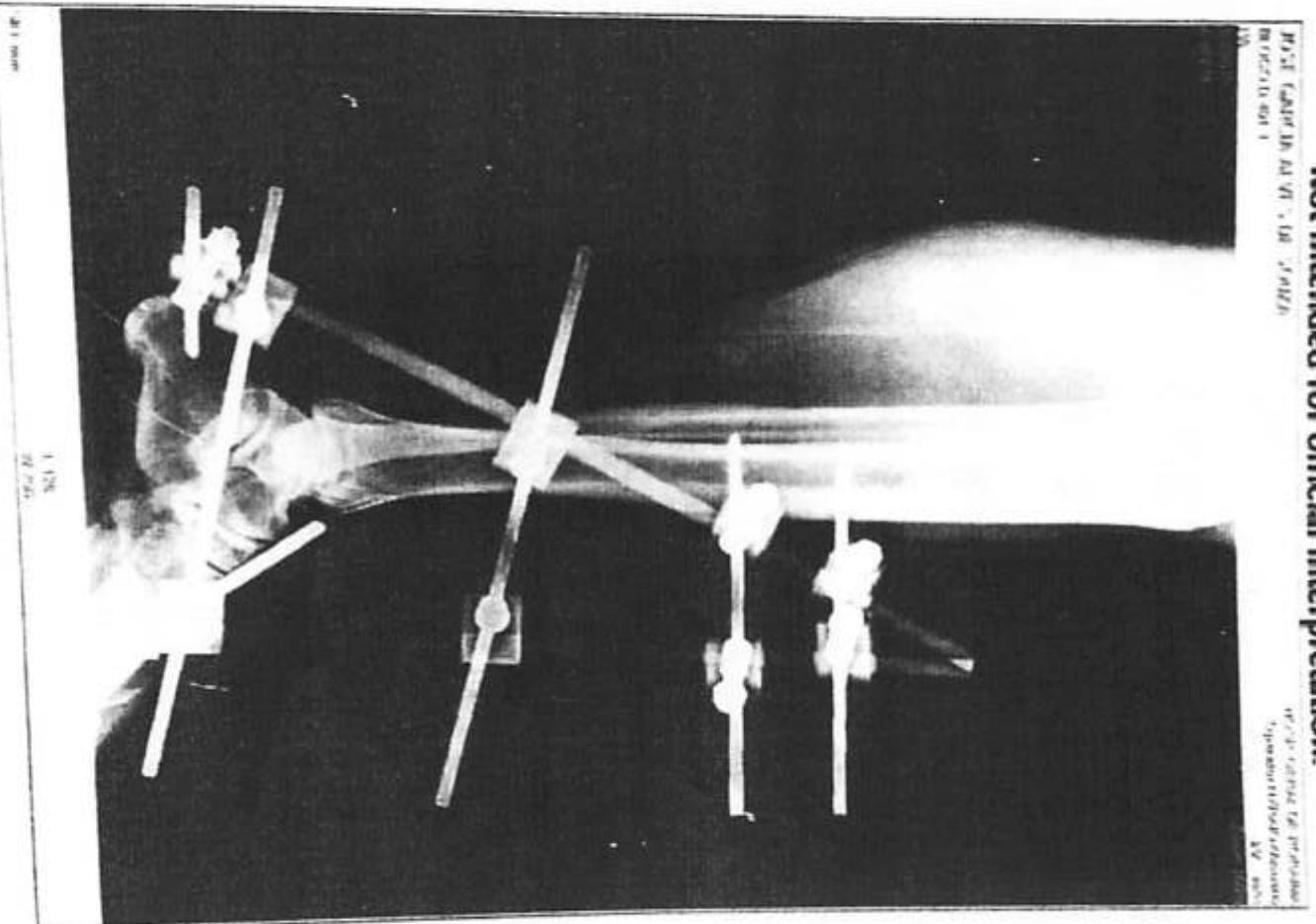


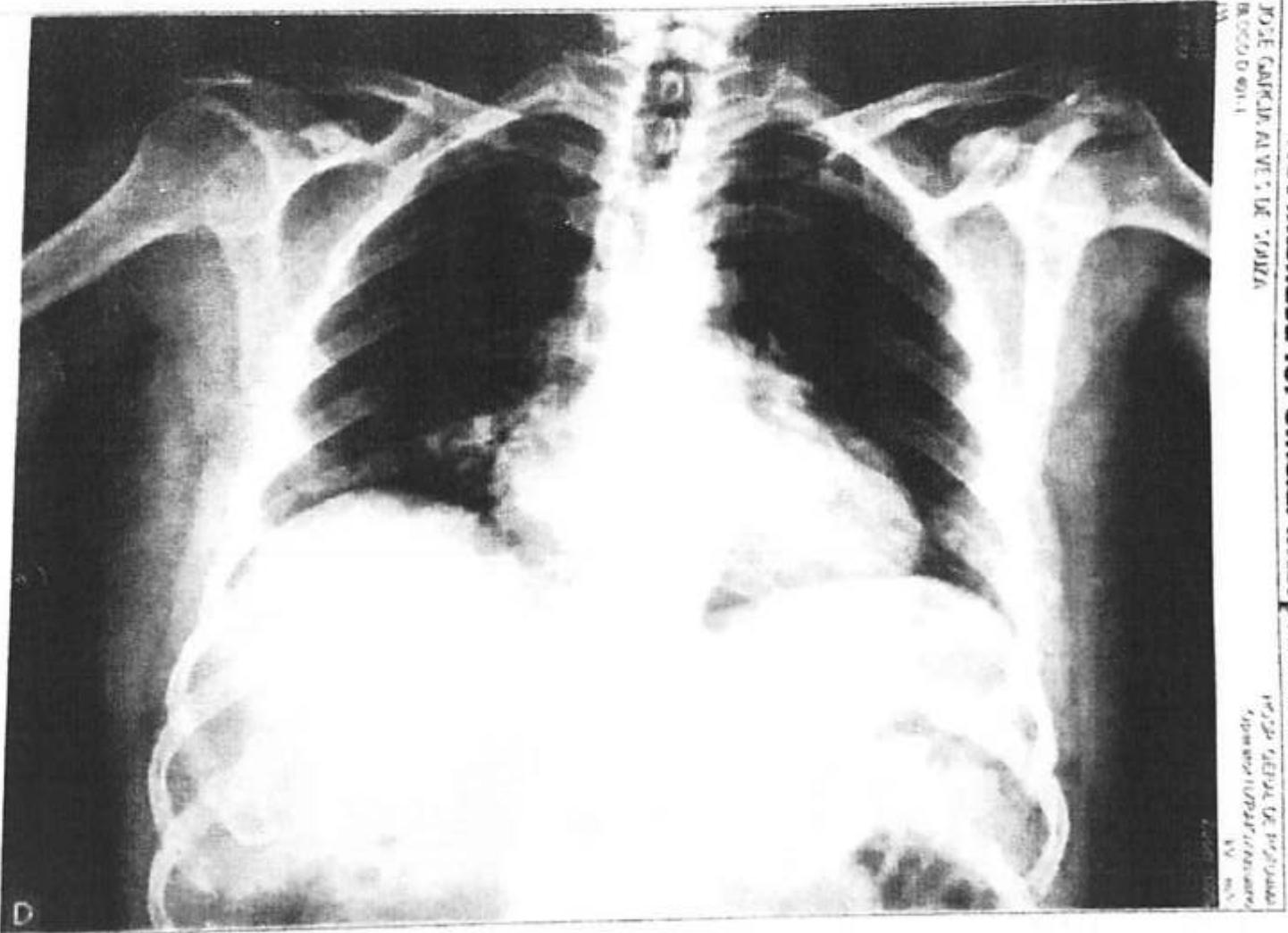
Not intended for official interpretation.

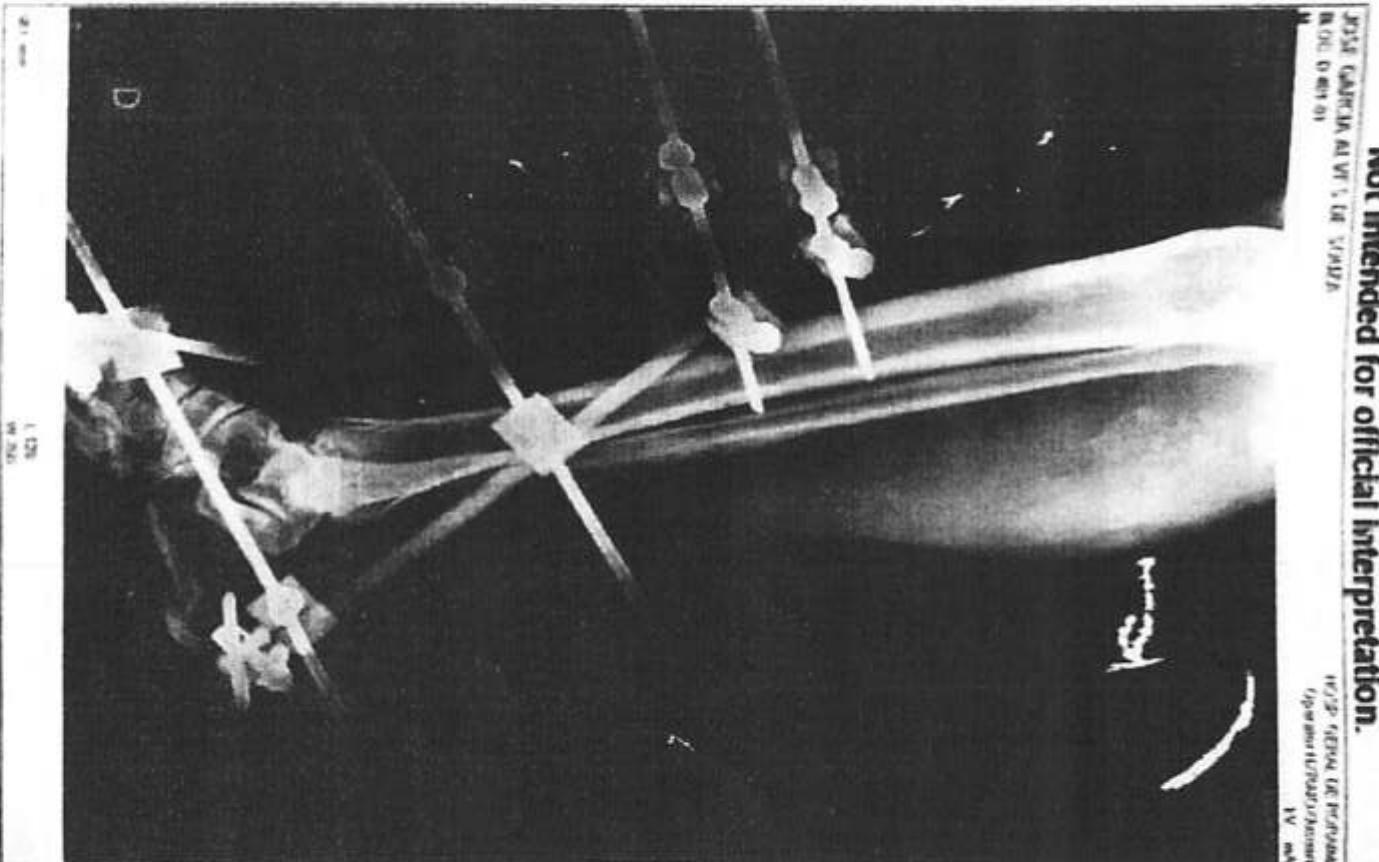
PROJUDI - Ref. mov. 1.4 - Assinado digitalmente por Paulo Sergio de Souza

24/01/2020 11:45:45 (Brasil - Brasília)

V2



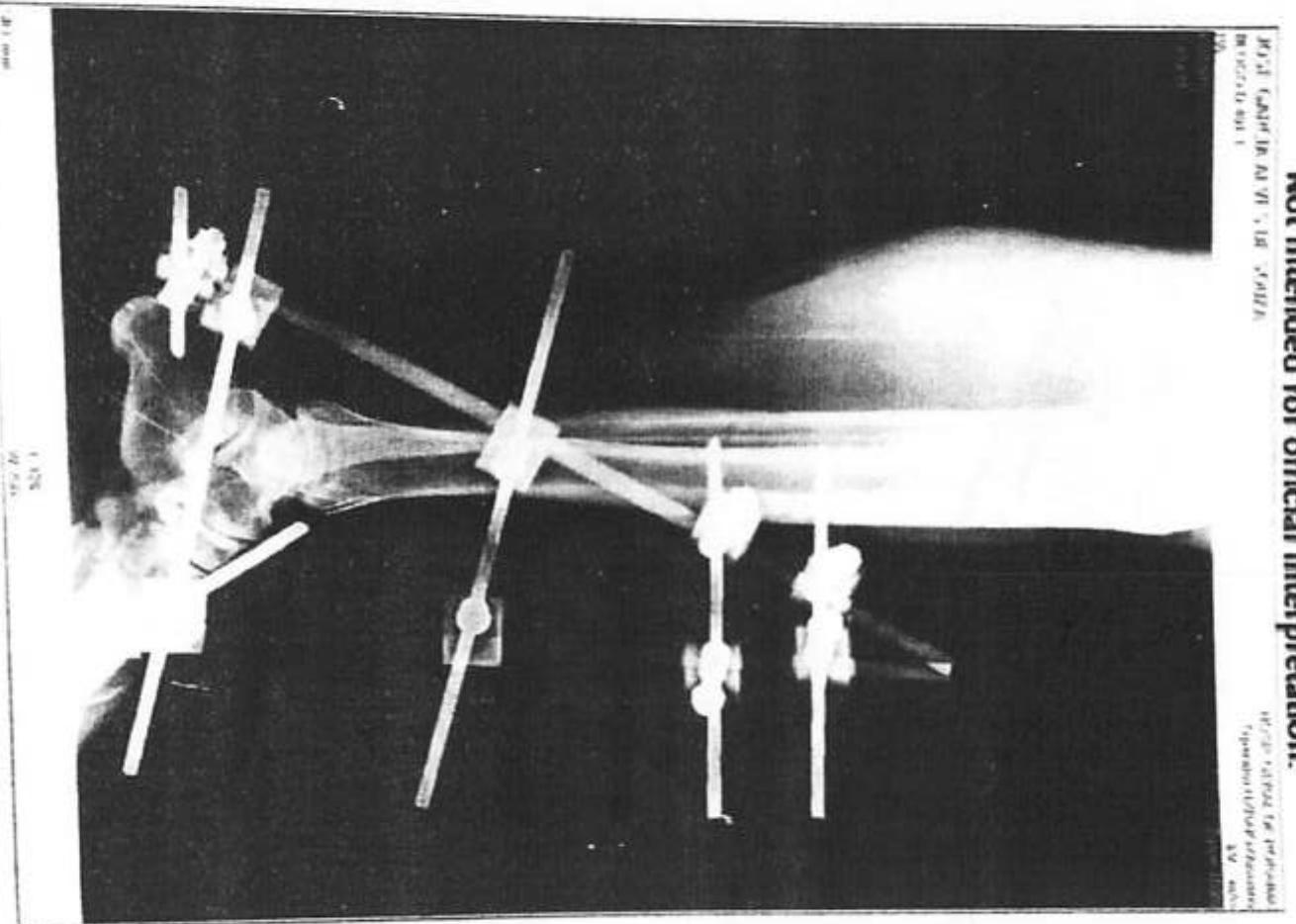




Not Intended for official Interpretation.

JUÍZ GARNIER, ALVIM, LIMA VIEIRA
B. (L) O 00101

PROJUDI - REFERÊNCIA DE PROJUDI
https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/
WV 00101



Not intended for official interpretation.

NOTES

卷之二



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

CARTA DE CITAÇÃO *COMAR*

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.

SEÇÃO DE PROTOCOLO
RECEBIDO/CORRESPONDÊNCIA
EM: _____ / _____ / _____
HORAS: _____
REGISTRO/OBJETO
50375085674BR
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 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 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.



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:	1-04

DATA:	03-08-19
KMF	

OBM DE ATUAÇÃO	ÁREA DE ATUAÇÃO	VTR	KMI	HNA OBM OUB-01
<input checked="" type="checkbox"/> 1º BPABM <input type="checkbox"/> 1º PEL <input type="checkbox"/> 2º PEL <input type="checkbox"/> 2º BPABM <input type="checkbox"/> 1º CIA <input type="checkbox"/> 2º CIA <input type="checkbox"/> 3º CIA	<input type="checkbox"/> Leste <input type="checkbox"/> Oeste <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Sul <input type="checkbox"/> Rural	VR-01-19	26.983	26509

H/S AÍDA	HNO LOCAL	SAÍDA DO LOCAL	NO DESTINO	13:27
10:23	10:39	10:44	10:55	

CÓD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADA:

ENDERECO:	Rua Dom José Vespere	Nº	5/6	BAIRRO:	Litorânea
LOCAL DA OCORRÊNCIA:	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> TRABALHO <input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> OUTRO:				

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME:	José Garcia Mesias de Souza	RG/CPF:	356322-2
D.N.	19-01-67	IDADE:	53
ENDERECO:	Rua Dom José Vespere	SEXO:	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
CIDADE:	Boa Vista	Nº	403
		BAIRRO:	Litorânea
		TEL.:	97112-1803
NACIONALIDADE:	<input checked="" type="checkbox"/> Brasileiro <input type="checkbox"/> Estrangeiro:	Deseja informar identidade de gênero?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
		Se sim, qual?	<input type="checkbox"/> Homem transexual <input type="checkbox"/> Mulher transexual
			<input type="checkbox"/> Travesti <input type="checkbox"/> 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:

Testemunha:

Testemunha:

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

Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado	<input type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais	
<input type="checkbox"/> 3. Á voz	<input type="checkbox"/> 4. Confuso	<input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso	
<input type="checkbox"/> 2. A dor	<input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas	<input type="checkbox"/> 4. Reage à dor	
<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Sons incompr./Gemidos	<input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação)	
		<input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração)	
		<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	

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

Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea	<input type="checkbox"/> 5. Palavras/sorriso/olhar acompanha.	<input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros.	
<input type="checkbox"/> 3. À voz	<input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado.	<input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso.	
<input type="checkbox"/> 2. A dor	<input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente.	<input type="checkbox"/> 4. Sente dor, mas não retira.	
<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Agitação.	<input type="checkbox"/> 3. Flexão a dor (Decorticação).	
	<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração).	
		<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	

6. SINAIOS VITAIS

PA: 160/70

FR: —

FC: 73

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

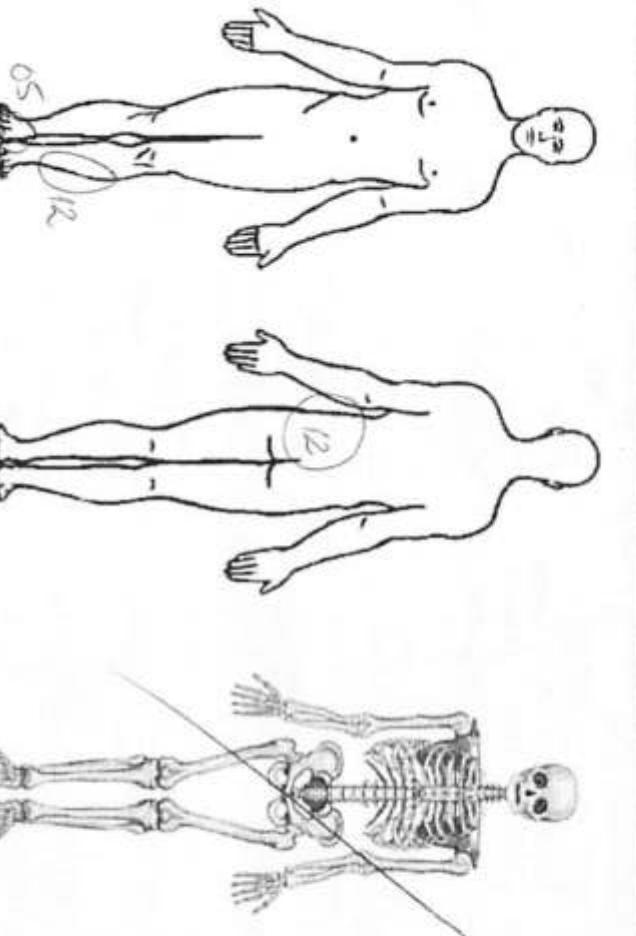
PCR

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- Contusão
- 11- Escoriações
- 12- Queimaduras

10. HISTÓRIO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Estava motociclista, encontrava-se sozinho, sentado na serra o passageiro, o mesmo informou ter sido baleado, 205 munições de repartidores espatula. Município se encontra de braços abertos do lado do romaneiro almoço. Auto após ele saido Matriz no momento possivel ferida, somente permanecendo em roda mole. Cidão o condutor só o Dr. para melhor localizar. O mesmo informou ter ingredio bebido alcoolico pelo motivo que sua esposa veio como acompanhante no VTR.

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

- | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Carteira de identidade | <input type="checkbox"/> Cartão magnético _____ Und | <input type="checkbox"/> Capacete | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> CNH | <input type="checkbox"/> Cheque _____ Fls | <input type="checkbox"/> Calçado | |
| <input type="checkbox"/> CPF | <input type="checkbox"/> Dinheiro R\$ _____ | <input type="checkbox"/> Óculos | |
| <input type="checkbox"/> Título de eleitor | <input type="checkbox"/> Jóias | <input type="checkbox"/> Relógio | |

Aos cuidados de: _____

12. UNIDADE DE SAÚDE

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> P.S Francisco Elesbão | <input type="checkbox"/> Hosp. da Criança Santo Antônio | <input type="checkbox"/> Hosp. das Clínicas |
| <input type="checkbox"/> P.A Arton Rocha | <input type="checkbox"/> Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento Cosme e Silva | <input type="checkbox"/> 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: _____ Dr. Jorge Barros Freitas
Documento de identidade: _____ Médico CRM-RN 2084
Registro de conselho (CRM/COREN): _____



Opinião

Pacientes com as sequelas
menos graves e que
com treino.

Portanto com plano integrado
de atendimento
adaptação contínua e permanente.

Dr. Marcus Brücker
Médico Piscicolo
Ortopedista Traumatologista
CRM 19177/RN



~~Medico di famiglia~~
~~Ortopedia e Traumatologia~~
~~CIRM-SEIT 1984~~

coll. entomol. as Dr. Roselius

④ Sanktung con vinh 3,0
④ Gundlitz sole solo
④ No KMT

O presente em D.D. II seca diametralmente.
Atravessado e dividido.
Colocando-se como embolo + não contendo
fimoses de fundo e necessária remoção
para fixar, tipo abelha. como contém
radiopacidade.

RELATÓRIO CIBÉRÉTICO

DURACIÓN

ANESTÉSICO

ANESTHESIA

۱۰۷

10

10

28

1

27

1

1

1

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETA OPERARÍD	05
Data: <u>31/01/09</u>	

A standard linear barcode is positioned horizontally across the bottom of the page.

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: PJSDP KUTEU UJKCV YWA2K

D

SUS	Único do	B	JUDI
Saúde		PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO	
DE INTERNAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	6 - N° DO PRONTUÁRIO
<i>John Carlos de Souza</i>	<i>1741379</i>
7 - JURISDIÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE	7 - DATA DE INSCRIÇÃO
<i>TO - NOME DA UNIDADE DE SAÚDE (UF)</i>	<i>19/01/67</i>
10 - NOME DA UNIDADE RESPONSÁVEL	11 - FONE DE CONTATO
<i>Caldeirão</i>	<i>(85) 3203-1815</i>
17 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)	12 - CÓD. REG. MUNICÍPIO
<i>Av. Jenailva 603, Centro Satélite</i>	<i>RJ</i>
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	13 - UF
<i>Belo Horizonte</i>	<i>RJ</i>
14 - COD. REG. MUNICÍPIO	15 - CEP
<i>30290-000</i>	<i>23240-000</i>
16 - CÓD. REG. MUNICÍPIO	17 - CÓD. REG. MUNICÍPIO
<i>30290-000</i>	<i>23240-000</i>
18 - CÓD. REG. MUNICÍPIO	19 - CÓD. REG. MUNICÍPIO
<i>30290-000</i>	<i>23240-000</i>
20 - CÓD. REG. MUNICÍPIO	21 - CÓD. REG. MUNICÍPIO
<i>30290-000</i>	<i>23240-000</i>

17 - PRINCIPAIS SINTÔMOS CLÍNICOS

Mal de cabeça com febre, dor de estomago

18 - JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

Mal de cabeça com febre, dor de estomago

19 - PRINCIPAIS PESQUISAS DE INVESTIGAÇÕES (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Não se aplica

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Re + nome paciente

21 - CID 10 PRINCIPAL

000

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

000

23 - CID 10 TERCIÁRIO

000

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exames

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

000

26 - CÓDIGO

000

27 - CÓDIGO DA REFERENCIADA

000

28 - DOCUMENTO

000

29 - N° DOCUMENTO (CARTÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE)

000

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

000

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

000

32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

000

33 - ASSINATURA DO REGISTRO DO CONSELHO

000

34 - EMPRESA

000

35 - CÓDIGO DA EMPRESA

000

36 - CÓDIGO DA EMPRESA

000

37 - N° DO BILHETE

000

38 - SÉRIE

000

39 - CÓDIGO DA EMPRESA

000

40 - CÓDIGO DA EMPRESA

000

41 - CBOR

000

42 - VÍNCULO COM A PRIMARIEDADE

000

43 - EMPREGADO

000

44 - EMPREGADOR

000

45 - DESEMPREGADO

000

46 - INVESTIGADO

000

47 - INDIVIDUALIZADO

000

48 - NÃO SAGRADO

000

49 - NÃO SAGRADO

000

50 - NÃO SAGRADO

000

51 - NÃO SAGRADO

000

52 - NÃO SAGRADO

000

53 - NÃO SAGRADO

000

54 - NÃO SAGRADO

000

55 - NÃO SAGRADO

000

56 - NÃO SAGRADO

000

57 - NÃO SAGRADO

000

58 - NÃO SAGRADO

000

59 - NÃO SAGRADO

000

60 - NÃO SAGRADO

000

61 - NÃO SAGRADO

000

62 - NÃO SAGRADO

000

63 - NÃO SAGRADO

000

64 - NÃO SAGRADO

000

65 - NÃO SAGRADO

000

66 - NÃO SAGRADO

000

67 - NÃO SAGRADO

000

68 - NÃO SAGRADO

000

69 - NÃO SAGRADO

000

70 - NÃO SAGRADO

000

71 - NÃO SAGRADO

000

72 - NÃO SAGRADO

000

73 - NÃO SAGRADO

000

74 - NÃO SAGRADO

000

75 - NÃO SAGRADO

000

76 - NÃO SAGRADO

000

77 - NÃO SAGRADO

000

78 - NÃO SAGRADO

000

79 - NÃO SAGRADO

000

80 - NÃO SAGRADO

000

81 - NÃO SAGRADO

000

82 - NÃO SAGRADO

000

83 - NÃO SAGRADO

000

84 - NÃO SAGRADO

000

85 - NÃO SAGRADO

000

86 - NÃO SAGRADO

000

87 - NÃO SAGRADO

000

88 - NÃO SAGRADO

000

89 - NÃO SAGRADO

000

90 - NÃO SAGRADO

000

91 - NÃO SAGRADO

000

92 - NÃO SAGRADO

000

93 - NÃO SAGRADO

000

94 - NÃO SAGRADO

000

95 - NÃO SAGRADO

000

96 - NÃO SAGRADO

000

97 - NÃO SAGRADO

000

98 - NÃO SAGRADO

000

99 - NÃO SAGRADO

000

100 - NÃO SAGRADO

000

101 - NÃO SAGRADO

000

102 - NÃO SAGRADO

000

103 - NÃO SAGRADO

000

104 - NÃO SAGRADO

000

105 - NÃO SAGRADO

000

106 - NÃO SAGRADO

000

107 - NÃO SAGRADO

000

108 - NÃO SAGRADO

000

109 - NÃO SAGRADO

000

110 - NÃO SAGRADO

000

111 - NÃO SAGRADO

000

112 - NÃO SAGRADO

000

113 - NÃO SAGRADO

000

114 - NÃO SAGRADO

000

115 - NÃO SAGRADO

000

116 - NÃO SAGRADO

000

117 - NÃO SAGRADO

000

118 - NÃO SAGRADO

000

119 - NÃO SAGRADO

000

120 - NÃO SAGRADO

000

121 - NÃO SAGRADO

000

122 - NÃO SAGRADO

000

123 - NÃO SAGRADO

000

124 - NÃO SAGRADO

000

125 - NÃO SAGRADO

000

126 - NÃO SAGRADO

000

127 - NÃO SAGRADO

000

128 - NÃO SAGRADO

000

129 - NÃO SAGRADO

000

130 - NÃO SAGRADO

000

131 - NÃO SAGRADO

000

132 - NÃO SAGRADO

000

133 - NÃO SAGRADO

000

134 - NÃO SAGRADO

000

135 - NÃO SAGRADO

000

136 - NÃO SAGRADO

000

137 - NÃO SAGRADO

000

138 - NÃO SAGRADO

000

139 - NÃO SAGRADO

000

140 - NÃO SAGRADO

000

141 - NÃO SAGRADO

000

142 - NÃO SAGRADO

000

143 - NÃO SAGRADO

000

144 - NÃO SAGRADO

000

145 - NÃO SAGRADO

000

146 - NÃO SAGRADO

000

147 - NÃO SAGRADO

000

148 - NÃO SAGRADO

000

149 - NÃO SAGRADO

000

150 - NÃO SAGRADO

000

151 - NÃO SAGRADO

000

152 - NÃO SAGRADO

000

153 - NÃO SAGRADO

000

154 - NÃO SAGRADO

000

155 - NÃO SAGRADO

000

156 - NÃO SAGRADO

000

157 - NÃO SAGRADO

000

158 - NÃO SAGRADO

000

159 - NÃO SAGRADO

000

160 - NÃO SAGRADO

000

161 - NÃO SAGRADO

000

162 - NÃO SAGRADO

000

163 - NÃO SAGRADO

000

164 - NÃO SAGRADO

000

165 - NÃO SAGRADO

000

166 - NÃO SAGRADO

000

167 - NÃO SAGRADO

000

168 - NÃO SAGRADO

000

169 - NÃO SAGRADO

000

170 - NÃO SAGRADO

000

171 - NÃO SAGRADO

000

172 - NÃO SAGRADO

000

173 - NÃO SAGRADO

000

174 - NÃO SAGRADO

000

175 - NÃO SAGRADO

000

176 - NÃO SAGRADO

000

177 - NÃO SAGRADO

000

178 - NÃO SAGRADO

000

179 - NÃO SAGRADO

000

180 - NÃO SAGRADO

000

181 - NÃO SAGRADO

000

182 - NÃO SAGRADO

000

183 - NÃO SAGRADO

000

184 - NÃO SAGRADO

000

185 - NÃO SAGRADO

000

186 - NÃO SAGRADO

000

187 - NÃO SAGRADO

000

188 - NÃO SAGRADO

000

189 - NÃO SAGRADO

000

190 - NÃO SAGRADO

000

191 - NÃO SAGRADO

000

192 - NÃO SAGRADO

000

193 - NÃO SAGRADO

000

194 - NÃO SAGRADO

000

195 - NÃO SAGRADO

000

196 - NÃO SAGRADO

000

197 - NÃO SAGRADO

000

198 - NÃO SAGRADO

000

199 - NÃO SAGRADO

000

200 - NÃO SAGRADO

000

201 - NÃO SAGRADO

000

202 - NÃO SAGRADO

000

203 - NÃO SAGRADO

000

204 - NÃO SAGRADO

000

205 - NÃO SAGRADO

000

206 - NÃO SAGRADO

000

207 - NÃO SAGRADO

000

208 - NÃO SAGRADO

000

209 - NÃO SAGRADO

000

210 - NÃO SAGRADO

000

211 - NÃO SAGRADO

000

212 - NÃO SAGRADO

000

213 - NÃO SAGRADO

000

214 - NÃO SAGRADO

000

215 - NÃO SAGRADO

000

216 - NÃO SAGRADO

000

217 - NÃO SAGRADO

000

218 - NÃO SAGRADO

000

219 - NÃO SAGRADO

000

220 - NÃO SAGRADO

000

221 - NÃO SAGRADO

000

222 - NÃO SAGRADO

000

223 - NÃO SAGRADO

000

224 - NÃO SAGRADO

000

225 - NÃO SAGRADO

000

226 - NÃO SAGRADO

000

227 - NÃO SAGRADO

000

228 - NÃO SAGRADO

000

229 - NÃO SAGRADO

000

230 - NÃO SAGRADO

000

231 - NÃO SAGRADO

000

232 - NÃO SAGRADO

000

233 - NÃO SAGRADO

000

234 - NÃO SAGRADO

000

235 - NÃO SAGRADO

000

236 - NÃO SAGRADO

000

237 - NÃO SAGRADO

000

238 - NÃO SAGRADO

000

239 - NÃO SAGRADO

000

240 - NÃO SAGRADO

000

241 - NÃO SAGRADO

000

242 - NÃO SAGRADO

000

243 - NÃO SAGRADO

000

244 - NÃO SAGRADO

000

245 - NÃO SAGRADO

000

246 - NÃO SAGRADO

000

247 - NÃO SAGRADO

000

248 - NÃO SAGRADO

000

249 - NÃO SAGRADO

000

250 - NÃO SAGRADO

000

251 - NÃO SAGRADO

000

252 - NÃO SAGRADO

000

253 - NÃO SAGRADO

000

254 - NÃO SAGRADO

000

255 - NÃO SAGRADO

000

256 - NÃO SAGRADO

000

257 - NÃO SAGRADO

000

258 - NÃO SAGRADO

000

259 - NÃO SAGRADO

000

260 - NÃO SAGRADO

000

261 - NÃO SAGRADO

000

262 - NÃO SAGRADO

000

263 - NÃO SAGRADO

000

264 - NÃO SAGRADO

000

265 - NÃO SAGRADO

000

266 - NÃO SAGRADO

000

267 - NÃO SAGRADO

000

268 - NÃO SAGRADO

000

269 - NÃO SAGRADO

000

270 - NÃO SAGRADO

000

271 - NÃO SAGRADO

000

272 - NÃO SAGRADO

000

273 - NÃO SAGRADO

000

274 - NÃO SAGRADO

000

275 - NÃO SAGRADO

000

276 - NÃO SAGRADO

000

277 - NÃO SAGRADO

000

278 - NÃO SAGRADO

000

279 - NÃO SAGRADO

000

280 - NÃO SAGRADO

000

281 - NÃO SAGRADO

000

282 - NÃO SAGRADO

000

283 - NÃO SAGRADO

000

284 - NÃO SAGRADO

000

285 - NÃO SAGRADO

000

286 - NÃO SAGRADO

000

287 - NÃO SAGRADO

000

288 - NÃO SAGRADO

000

289 - NÃO SAGRADO

000

290 - NÃO SAGRADO

000

291 - NÃO SAGRADO

000

292 - NÃO SAGRADO

000

293 - NÃO SAGRADO

000

294 - NÃO SAGRADO

000

295 - NÃO SAGRADO

000

296 - NÃO SAGRADO

000

297 - NÃO SAGRADO

000

298 - NÃO SAGRADO

000

299 - NÃO SAGRADO

000

300 - NÃO SAGRADO

000

301 - NÃO SAGRADO

000

302 - NÃO SAGRADO

000

303 - NÃO SAGRADO

000

304 - NÃO SAGRADO

000

305 - NÃO SAGRADO

000

306 - NÃO SAGRADO

000

307 - NÃO SAGRADO

000

308 - NÃO SAGRADO

000

309 - NÃO SAGRADO

000

310 - NÃO SAGRADO

000

311 - NÃO SAGRADO

000

312 - NÃO SAGRADO

000

313 - NÃO SAGRADO

000

314 - NÃO SAGRADO

000

315 - NÃO SAGRADO

000

316 - NÃO SAGRADO

000

317 - NÃO SAGRADO

000

318 - NÃO SAGRADO

000

319 - NÃO SAGRADO

000

320 - NÃO SAGRADO

000

321 - NÃO SAGRADO

000

322 - NÃO SAGRADO

000

323 - NÃO SAGRADO

000

324 - NÃO SAGRADO

000

325 - NÃO SAGRADO

000

326 - NÃO SAGRADO

000

327 - NÃO SAGRADO

000

328 - NÃO SAGRADO

000

329 - NÃO SAGRADO

000

330 - NÃO SAGRADO

000

331 - NÃO SAGRADO

000

332 - NÃO SAGRADO

000

333 - NÃO SAGRADO

000

334 - NÃO SAGRADO

000

335 - NÃO SAGRADO

000

336 - NÃO SAGRADO

000

337 - NÃO SAGRADO

000

338 - NÃO SAGRADO

000

339 - NÃO SAGRADO

000

340 - NÃO SAGRADO

000

341 - NÃO SAGRADO

000

342 - NÃO SAGRADO

000

343 - NÃO SAGRADO

000

344 - NÃO SAGRADO

000

345 - NÃO SAGRADO

000

346 - NÃO SAGRADO

000

347 - NÃO SAGRADO

000

348 - NÃO SAGRADO

000

349 - NÃO SAGRADO

000

350 - NÃO SAGRADO

000

351 - NÃO SAGRADO

000

352 - NÃO SAGRADO

000

353 - NÃO SAGRADO

000

354 - NÃO SAGRADO

000

355 - NÃO SAGRADO

000

356 - NÃO SAGRADO

000

357 - NÃO SAGRADO

000

358 - NÃO SAGRADO

000

359 - NÃO SAGRADO

000

360 - NÃO SAGRADO

000

361 - NÃO SAGRADO

000

362 - NÃO SAGRADO

000

363 - NÃO SAGRADO

000

364 - NÃO SAGRADO

000

365 - NÃO SAGRADO

000

366 - NÃO SAGRADO

000

367 - NÃO SAGRADO

000

368 - NÃO SAGRADO

000

369 - NÃO SAGRADO

000

370 - NÃO SAGRADO

000

371 - NÃO SAGRADO

000

372 - NÃO SAGRADO

000

373 - NÃO SAGRADO

000

374 - NÃO SAGRADO

000

375 - NÃO SAGRADO

000

376 - NÃO SAGRADO

000

377 - NÃO SAGRADO

000

378 - NÃO SAGRADO

000

379 - NÃO SAGRADO

000

380 - NÃO SAGRADO

000

381 - NÃO SAGRADO

000

382 - NÃO SAGRADO

000

383 - NÃO SAGRADO

000

384 - NÃO SAGRADO

000

385 - NÃO SAGRADO

000

386 - NÃO SAGRADO

000

387 - NÃO SAGRADO

000

388 - NÃO SAGRADO

000

389 - NÃO SAGRADO

000

390 - NÃO SAGRADO

000

391 - NÃO SAGRADO

000

392 - NÃO SAGRADO

000

393 - NÃO SAGRADO

000

394 - NÃO SAGRADO

000

395 - NÃO SAGRADO

000

396 - NÃO SAGRADO

000

397 - NÃO SAGRADO

000

398 - NÃO SAGRADO

000

399 - NÃO SAGRADO

000

400 - NÃO SAGRADO

000

401 - NÃO SAGRADO

000

402 - NÃO SAGRADO

000

403 - NÃO SAGRADO

000

404 - NÃO SAGRADO

000

405 - NÃO SAGRADO

000

三

ESTUDO DOS GRAMÍNEOS

**ESTABELECIMENTO
HOSPITAL GERAL DE ROGAS DA
ESQUERDINHA**

Dr. Helder

PROcedimento Realizado

Fixação Externa de Prótese

Nome do paciente:		Jose Garcia Alves de Sousa		Nome do profissional
Bloco:	Enfermeira:	Lito:	Nº da Sala	1901143776
				Cirurgante da Saia:
CALÇAS/ EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO/ MATERIAIS/ INSTRUMENTOS				

Dados dos materiais/Serviço

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID.	QUANT.	MARCA
1	Lata 00448 Cilindro Pneu 204 SISTEMA DE FREIAÇÃO OSSA SARTORI, LIVREIX TRILHAFERRO 7 300 ESTERIL Refer. 00012019 Val. 01/2024 Requisito Aprovado N° 500834260013 Atestado ACCO DNOX ALIMENTO			
2	Tali Odontológico Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 46.561.623/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: +55 16 3419-1919 Infraestrutura e Serviços de Saúde			
3	Lata: 008713 Código: AR314 B 640 PINO INTRAMAMELAR OSSEO - R XCY45 X BOX 1			
4	Fabricação: 09/2019 Válida: 01/2014 Registro Anvisa: 4003459026 Material: ACO BOX F 139			
5	Lata Odontológico Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 46.561.623/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: +55 16 3338-1610 Infraestrutura e Serviços de Saúde			
6		02	02	

MÉDICO CIRURGÃO: Rogério Dino

ESTADÍSTICA
AUXILIAR

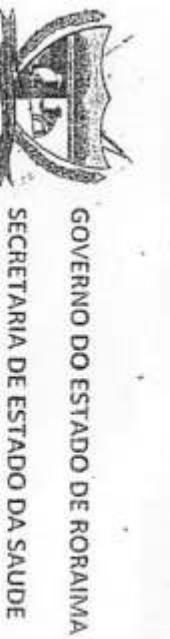
INSTRUMENTADOR.

Ric. Pabell

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: PJSDP KUTEU UJKCV YWA2K

Autuaflizac -ão N.º 1 de Qualidade e Segurança do Paciente - NCSPI/HG/H em DS/2014



524

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGI

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
<u>José Garcia Alves de Souza</u>			<u>J90JJ45776</u>	<u>03</u>	<u>108 / 19</u>
CIRURGÃO	TIPO	CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO	
<u>Dr. Rogerio Dias</u>	<u>Fixação Externa de Hilo "D"</u>	INICIO <u>14:50</u>	FIM <u>15:48</u>	TEMPO TOTAL	
1º AUXILIAR	<u>Res. Pedro</u> <th colspan="2">EQUIPE MÉDICA</th> <td colspan="2"></td>	EQUIPE MÉDICA			
<u>2º AUXILIAR</u>	<u>Res. Res. Augusto</u>	CIRCULANTE <u>Sócrates e Hilma</u>			
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			<u>1</u> - CERA P/ OSSE <u>cártfer</u> <u>12</u>	
	SERINGA 05 ML			<u>1</u> - KIT CATORATA <u>Equivoq, anergonias</u>	
	SERINGA 10ML			<u>1</u> - GUARDAM <u>Higilho</u> <u>p/ roque</u>	
	SERINGA 20ML			<u>5</u> - HEAGARDIANA <u>Eletrodo</u>	
				OUTROS: <u>Riboudre de cirurgem</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		SUB- TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	TAXA DE ANESTESIA	SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

FICHA DE ANESTESIA

José Carlos Alves da Costa 03/0014

PRÉ-MEDICAÇÃO - DRUGA, DOSE, HORA, EFEITO

- Nalidixam 2 gr C

Ranitidina 80 mg C

nº Buta - W

AG E H T E S	N 30	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55
Acúidos venosos	7 L C D	14 20 220 200	100% 100% 100% 100%								
AMES	X	12	100								
DOP	X	30	180								
TEMP	130	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10
ASPIR.	■	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
A RASP	O	10	20								
Eletrol.											
ANEST											
Contro											
SINTOMOS											
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z											
AGENTE											
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	DOSIS										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	TECN										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	AD										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	TIPO										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	ESPEC										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	DOSE										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	UN										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	TEMPO										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	VAL										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	CONTE										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	PER										

401-1

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

REGISTRO DE FARMACÊUTICO

Nº

DATA DE ADMISSÃO

PACIENTE

JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA

DIAGNÓSTICO/FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D

HORÁRIO

GER

ALERGIAS	HAB	DM2	DN
IDADE	52	LEITO	DATA
ITEM			
1	DIETA LIVRE		
2	AVP		
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU RAD > 110 MMHG	SN	SN
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N	SN	SN
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N	SN	SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N	SN	SN
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SN	SN
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN	SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 0/6 HRS S/N	SN	SN
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6	SN	SN
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 5/5 MG VO DE 12/12	SN	SN
12	SSVV + CCGG 6/6H	SN	SN
13	CURATIVO DIARIO	SN	SN
14		SN	SN
15		SN	SN
16		SN	SN
17		SN	SN
18		SN	SN

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 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	120/74	76	20 35/67

Dr. Fernando Ferreira
Médico de Plantão

06 180/100 7.7 21 362

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS AVIC/DEF																																																
Blíster:																																																
Blíster:	Data: O XORTALIS Enfermagem: ADT Unito: J																																															
Nome Completo:	Paulo Sérgio de Souza Sono: () F																																															
Hipótese Diagnóstica:	Inflamação aguda da parede intestinal																																															
Isolamento ou Precaução:	Padrão () Contato () Opticulog - aerosol () Gotejada - perdidoteca																																															
Alergia:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Qual (s): Qual (s) forma:																																															
Necessidade de intérprete:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obs:																																															
Dreambulismo:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem desembulismo <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Frágil Levele																																															
Posto acompanhante:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																																															
Observação:																																																
Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input checked="" type="checkbox"/> Ansorofônico <input type="checkbox"/> Não reage <input checked="" type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso <input checked="" type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage																																															
PUPILAS	REGULAÇÃO TÉRMICA <table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Médicas</td> <td><input type="checkbox"/> Hipertônicas</td> <td><input type="checkbox"/> Hipotônicas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dilatadas</td> <td><input type="checkbox"/> Normotônicas</td> <td><input type="checkbox"/> Normotônicas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Normotônicas</td> <td><input type="checkbox"/> Atrofia</td> <td><input type="checkbox"/> Atrofia</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Alergico</td> <td><input type="checkbox"/> Hiperativa</td> <td><input type="checkbox"/> Hipotáctica</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Febre</td> <td><input type="checkbox"/> Hipertermico</td> <td><input type="checkbox"/> Hipotermico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hiperglicemia</td> <td><input type="checkbox"/> Febre</td> <td><input type="checkbox"/> Fiebre</td> </tr> </table>									<input checked="" type="checkbox"/> Médicas	<input type="checkbox"/> Hipertônicas	<input type="checkbox"/> Hipotônicas	<input type="checkbox"/> Dilatadas	<input type="checkbox"/> Normotônicas	<input type="checkbox"/> Normotônicas	<input type="checkbox"/> Normotônicas	<input type="checkbox"/> Atrofia	<input type="checkbox"/> Atrofia	<input checked="" type="checkbox"/> Alergico	<input type="checkbox"/> Hiperativa	<input type="checkbox"/> Hipotáctica	<input checked="" type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Hipertermico	<input type="checkbox"/> Hipotermico	<input type="checkbox"/> Hiperglicemia	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Fiebre																					
<input checked="" type="checkbox"/> Médicas	<input type="checkbox"/> Hipertônicas	<input type="checkbox"/> Hipotônicas																																														
<input type="checkbox"/> Dilatadas	<input type="checkbox"/> Normotônicas	<input type="checkbox"/> Normotônicas																																														
<input type="checkbox"/> Normotônicas	<input type="checkbox"/> Atrofia	<input type="checkbox"/> Atrofia																																														
<input checked="" type="checkbox"/> Alergico	<input type="checkbox"/> Hiperativa	<input type="checkbox"/> Hipotáctica																																														
<input checked="" type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Hipertermico	<input type="checkbox"/> Hipotermico																																														
<input type="checkbox"/> Hiperglicemia	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Fiebre																																														
CHARACTERÍSTICAS DA PELE	REGULAÇÃO HUMORAL <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Desidratada</td> <td><input type="checkbox"/> Rassecaada</td> <td><input type="checkbox"/> Asciática</td> <td><input type="checkbox"/> Normotonia</td> <td><input type="checkbox"/> Distendido</td> <td><input type="checkbox"/> Globoso</td> <td><input type="checkbox"/> Taquicárdico</td> <td><input type="checkbox"/> OC: —</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Normotônica</td> <td><input type="checkbox"/> Hiperatrada</td> <td><input type="checkbox"/> Hiperatradura</td> <td><input type="checkbox"/> Normotonia</td> <td><input type="checkbox"/> Macio</td> <td><input type="checkbox"/> Impáctico</td> <td><input type="checkbox"/> P.A: —</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Anidéfrica</td> <td><input type="checkbox"/> Hiperatrica</td> <td><input type="checkbox"/> Hiperatrica</td> <td><input type="checkbox"/> Normotonia</td> <td><input type="checkbox"/> Firme</td> <td><input type="checkbox"/> Parcial</td> <td><input type="checkbox"/> Hipertensão</td> <td><input type="checkbox"/> PULS: —</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hiperatrica</td> <td><input type="checkbox"/> Edema Local:</td> <td><input type="checkbox"/> Edema Local:</td> <td><input type="checkbox"/> Normotonia</td> <td><input type="checkbox"/> Firme</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Calestomia</td> <td><input type="checkbox"/> Arritmico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Região:</td> <td><input type="checkbox"/> () NSG</td> <td><input type="checkbox"/> () NSG</td> <td><input type="checkbox"/> () NSG</td> <td><input type="checkbox"/> Presente</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Mediana</td> </tr> </table>									<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Rassecaada	<input type="checkbox"/> Asciática	<input type="checkbox"/> Normotonia	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	<input type="checkbox"/> OC: —	<input type="checkbox"/> Normotônica	<input type="checkbox"/> Hiperatrada	<input type="checkbox"/> Hiperatradura	<input type="checkbox"/> Normotonia	<input type="checkbox"/> Macio	<input type="checkbox"/> Impáctico	<input type="checkbox"/> P.A: —	<input checked="" type="checkbox"/> Anidéfrica	<input type="checkbox"/> Hiperatrica	<input type="checkbox"/> Hiperatrica	<input type="checkbox"/> Normotonia	<input type="checkbox"/> Firme	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> PULS: —	<input type="checkbox"/> Hiperatrica	<input type="checkbox"/> Edema Local:	<input type="checkbox"/> Edema Local:	<input type="checkbox"/> Normotonia	<input type="checkbox"/> Firme	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Calestomia	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Região:	<input type="checkbox"/> () NSG	<input type="checkbox"/> () NSG	<input type="checkbox"/> () NSG	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Mediana
<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Rassecaada	<input type="checkbox"/> Asciática	<input type="checkbox"/> Normotonia	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	<input type="checkbox"/> OC: —																																									
<input type="checkbox"/> Normotônica	<input type="checkbox"/> Hiperatrada	<input type="checkbox"/> Hiperatradura	<input type="checkbox"/> Normotonia	<input type="checkbox"/> Macio	<input type="checkbox"/> Impáctico	<input type="checkbox"/> P.A: —																																										
<input checked="" type="checkbox"/> Anidéfrica	<input type="checkbox"/> Hiperatrica	<input type="checkbox"/> Hiperatrica	<input type="checkbox"/> Normotonia	<input type="checkbox"/> Firme	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> PULS: —																																									
<input type="checkbox"/> Hiperatrica	<input type="checkbox"/> Edema Local:	<input type="checkbox"/> Edema Local:	<input type="checkbox"/> Normotonia	<input type="checkbox"/> Firme	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Calestomia	<input type="checkbox"/> Arritmico																																									
<input type="checkbox"/> Região:	<input type="checkbox"/> () NSG	<input type="checkbox"/> () NSG	<input type="checkbox"/> () NSG	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Mediana																																									
Curativo realizado:	REGULAÇÃO SISTEMA GASTROINTESTINAL <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> FO: () SIM () NÃO</td> <td><input type="checkbox"/> FO: () SIM () NÃO</td> <td><input type="checkbox"/> SNE/SOG</td> <td><input type="checkbox"/> SNE/SOG</td> <td><input type="checkbox"/> GTT () NPT</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> F.O.: () SIM () NÃO</td> <td><input type="checkbox"/> FO: () SIM () NÃO</td> <td><input type="checkbox"/> FO: () SIM () NÃO</td> <td><input type="checkbox"/> NAO</td> <td><input type="checkbox"/> Parcial</td> <td><input type="checkbox"/> P.A: —</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Oclusão:</td> <td><input type="checkbox"/> () NSG</td> <td><input type="checkbox"/> () NSG</td> <td><input type="checkbox"/> () NSG</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> </tr> </table>									<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> FO: () SIM () NÃO	<input type="checkbox"/> FO: () SIM () NÃO	<input type="checkbox"/> SNE/SOG	<input type="checkbox"/> SNE/SOG	<input type="checkbox"/> GTT () NPT	<input type="checkbox"/> F.O.: () SIM () NÃO	<input type="checkbox"/> FO: () SIM () NÃO	<input type="checkbox"/> FO: () SIM () NÃO	<input type="checkbox"/> NAO	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> P.A: —	<input type="checkbox"/> Oclusão:	<input type="checkbox"/> () NSG	<input type="checkbox"/> () NSG	<input type="checkbox"/> () NSG	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente																			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> FO: () SIM () NÃO	<input type="checkbox"/> FO: () SIM () NÃO	<input type="checkbox"/> SNE/SOG	<input type="checkbox"/> SNE/SOG	<input type="checkbox"/> GTT () NPT																																											
<input type="checkbox"/> F.O.: () SIM () NÃO	<input type="checkbox"/> FO: () SIM () NÃO	<input type="checkbox"/> FO: () SIM () NÃO	<input type="checkbox"/> NAO	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> P.A: —																																											
<input type="checkbox"/> Oclusão:	<input type="checkbox"/> () NSG	<input type="checkbox"/> () NSG	<input type="checkbox"/> () NSG	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente																																									
Oxigenoterapia	REGULAÇÃO ABDOMINAL <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bradipneico</td> <td><input type="checkbox"/> Taquipneico</td> <td><input type="checkbox"/> Espontânea</td> <td><input type="checkbox"/> Normotonia</td> <td><input type="checkbox"/> Distendido</td> <td><input type="checkbox"/> Globoso</td> <td><input type="checkbox"/> Taquicárdico</td> <td><input type="checkbox"/> OC: —</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> () NSG</td> <td><input type="checkbox"/> FO: () SIM () NÃO</td> <td><input type="checkbox"/> () NSG</td> <td><input type="checkbox"/> Macio</td> <td><input type="checkbox"/> Impáctico</td> <td><input type="checkbox"/> P.A: —</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> F.O.: () SIM () NÃO</td> <td><input type="checkbox"/> FO: () SIM () NÃO</td> <td><input type="checkbox"/> FO: () SIM () NÃO</td> <td><input type="checkbox"/> () NSG</td> <td><input type="checkbox"/> Firme</td> <td><input type="checkbox"/> Parcial</td> <td><input type="checkbox"/> Hipertensão</td> <td><input type="checkbox"/> PULS: —</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Prótese:</td> <td><input type="checkbox"/> () NSG</td> <td><input type="checkbox"/> Qual:</td> <td><input type="checkbox"/> () NSG</td> <td><input type="checkbox"/> Firme</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> </tr> </table>									<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Normotonia	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	<input type="checkbox"/> OC: —	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> () NSG	<input type="checkbox"/> FO: () SIM () NÃO	<input type="checkbox"/> () NSG	<input type="checkbox"/> Macio	<input type="checkbox"/> Impáctico	<input type="checkbox"/> P.A: —	<input type="checkbox"/> F.O.: () SIM () NÃO	<input type="checkbox"/> FO: () SIM () NÃO	<input type="checkbox"/> FO: () SIM () NÃO	<input type="checkbox"/> () NSG	<input type="checkbox"/> Firme	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> PULS: —	<input type="checkbox"/> Prótese:	<input type="checkbox"/> () NSG	<input type="checkbox"/> Qual:	<input type="checkbox"/> () NSG	<input type="checkbox"/> Firme	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente								
<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Normotonia	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	<input type="checkbox"/> OC: —																																									
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> () NSG	<input type="checkbox"/> FO: () SIM () NÃO	<input type="checkbox"/> () NSG	<input type="checkbox"/> Macio	<input type="checkbox"/> Impáctico	<input type="checkbox"/> P.A: —																																										
<input type="checkbox"/> F.O.: () SIM () NÃO	<input type="checkbox"/> FO: () SIM () NÃO	<input type="checkbox"/> FO: () SIM () NÃO	<input type="checkbox"/> () NSG	<input type="checkbox"/> Firme	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> PULS: —																																									
<input type="checkbox"/> Prótese:	<input type="checkbox"/> () NSG	<input type="checkbox"/> Qual:	<input type="checkbox"/> () NSG	<input type="checkbox"/> Firme	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente																																									
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRAGENS/ORTSES E PRÓTESES																																																
Cateter Periférico:	Local: M.S.D Data: O XORTALIS Trocar em: _____																																															
Cateter Central:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Quantivo realizado em: _____																																															
Sinuso de infecção no sítio do punção:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Quantivo realizado em: _____																																															
Sondas:	Sono: () Sim () Não () SNG Data da instalação: _____ Quantidade: _____																																															
Diálogo de:																																																
Cateter Vascular:	Aspecto da secreção: _____ Trocar em: _____																																															
Próteses:	() Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Trocar em: _____																																															
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM																																																
Deglutição Prejudicada	Padrão respiratório Ineficaz <input type="checkbox"/> Risco de lesão por pressão																																															
Risco de infecção	Ventilação espontânea prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de quedas																																															
Risco de nutrição desequilibrada	Mobilitade física prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de broncoespasmo																																															
Risco de glicemias instável	Risco de integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada																																															
Risco de desequilíbrio do volume	Risco de desequilíbrio na temperatura corporal <input type="checkbox"/> Risco de constipação																																															
Volumen de líquidos excretado	Padron de sono prejudicado <input type="checkbox"/> Comunicação deficiente																																															
Volumen de líquidos deficitario	Dificuldade no autocuidado para higiene <input type="checkbox"/> Trocar em: _____																																															
Escala de Morse																																																
1. Histórico de Queda	4. Terapia Endovenosa/Infusão salinizada <input type="checkbox"/> Risco de lesão por pressão																																															
Não	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 20																																															
Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 20																																															
2. Diagnóstico Secundário	5. Marcha/Dreambulismo <input type="checkbox"/> Risco de broncoespasmo																																															
Não	<input type="checkbox"/> Normal/Sim desembulismo/Acamado <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada																																															
Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> 10																																															
3. Auxilia na Desembulização	15. Comprimento/Fabricante <input type="checkbox"/> Risco de constipação																																															
Nenhuma/Acompanhador/Auxiliado	30. Orientação/limitação/Confirme as limitações <input type="checkbox"/> Comunicação deficiente																																															
Muleta/Bengala/Auditório	30. Supressão capacidade/Espécie limitação <input type="checkbox"/> Trocar em: _____																																															
Mobilidade Parede	Risco Médio: 25-44 Risco Alto: maior que 45																																															
TOTAL:	Risco Baixo: 0-24 Prescrição para prevenção de queda no vetro																																															

Jucilene da Cunha Campos
Enfermeira
CORE/SP/254.349

Bloco D
Maca 02

MARQUES 40J-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PREScrição MÉDICA			
PACIENTE	<i>José Lacerda Braga Sá</i>		
AGNÓSTICO	<i>Ja</i>		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	DATA	3/27/20
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			
15			
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
17	SSW + CCGG 6/6 H		
18	CURATIVO DIÁRIO		
19			
20			
21			

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 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: # CONDUITA: MANTIDA			
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:			
# PREVISÃO DE ALTA:			

SINAIS VITAIS				MEDICO RESIDENTE
6 H	PA	FC	FR	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
12 H				
18 H	1			
24 H	124	81	106	36,5 c
6H	132/84	95		36,5 c

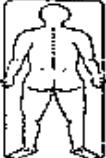
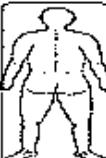
18,30 PA = 137x93 P = 112 T = 36,5c

T - 50h

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA		
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DA INCISÃO	ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES
<i>Nome: José Gomes Alves da Souza Profissão: Enfermeiro Registado:</i>	Anestesista <i>Fabio</i>	SAÍDA <i>Sala Pos Operatória</i>
PAUTA CIRÚRGICA (Sala Operatória)		
CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
CIRURGÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE: <input checked="" type="checkbox"/> Identificação do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento		
EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS: <input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGÃO: Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.		
<input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: Alguma preocupação específica em relação ao paciente		
<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.		
A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS. <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Sim, Qual: _____ Hora: _____		
AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS. <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica		
<i>Dr. Alberto P. M. Herter Anestesiologista CRM-RN 00000000000000000000 Assinatura</i> <i>2020</i> <i>Assinatura</i> <i>Horas: 11:30</i>		
<i>Gabriel Souza - 29341-14 Assinatura e Carimbo</i>		

Evolução do Curativo

 HGR Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	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:
	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>			Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <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: <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: <i>ABe</i>			<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:	<i>Berenice Sábia Carlos</i> Adv. de Enfermagem CRN-RR 367012					
Observações:						



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA	
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
HGR	
DIRETÓRIO DA SECRETARIA NOME DO DIRETOR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA	

DATA DE ADMISSÃO

PACIENTE

JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA

DIAGNÓSTICO

FX EXPOSTA PÍLÃO TIBIAL

ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	52	LEITO	401-1
ITEM			DATA
1	DIETA ORAL LIVRE		06/08/2019
2	AVP		
3	CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MM/H		
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N		
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6X6H S/N		
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N		
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
9	SIME TICONA 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	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE,

ACIANÓTICO, ANICTERICO, AFEBRIL,
EUPNEICO, NORMOCORADO,

HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS			
64	PA	FC	FR
12 H	120/72	81	25.1
18 H	133/86	75	36.1
24 H	120/60	81	36.4

EV

Paciente com queixas dolorosas musculares espalhadas.
GSUV + careta de suspeita de edema lab.
Balanço hídrico normalizado.
Tec. Externamente
CORRERÁ OGLA TE
CIA
CIA

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

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUTA: MANTIDA


 Dr. Renato Meyer
 M.D. + Netter na medicina



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

Dr. Jonon Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

Paulo Sérgio de Souza
Advocacia & Consultoria

Dra. Paula Rafaela Paulha de Souza
OAB/RR 3408

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE *José Garcia Alves de Souza*, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Agricultor,
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 Rua 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 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 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;

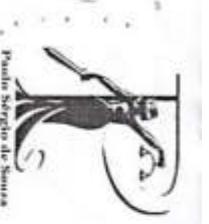
PODERES ESPECIAIS: para representá-lo no processo em Fórum em Geral com a
cláusula *ad judicium et extra*, ou ação que seja autor ou réu, assistente ou
opONENTE, ou por qualquer modo interessado, podendo para isso, requerer e
promover judicial ou extrajudicialmente, em qualquer causa, conforme
estabelecido 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 ____

José Garcia Alves de Souza

Outorgante

CPF/MF nº



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B
Dr. Jônior Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

Dra. Paula Rejane Piafina de Souza
OAB/RR 3408

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU: José Garcia Alves de Souza,
estado civil Só/tereo, RG no 356322-1, e CPF
no 944.205.805-00, residente e domiciliado (a) na
Ru. Frederico Góes 18 cod. ARACUS N° 103 Bairro:
Coco do Taubá, Cidade Bon Vista RR
- Roraima, telefone (95) 991 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 _____. _____.

José Garcia Alves de Souza

DECLARANTE





Para comitato

SEU CÓDIGO

ENERGIA
Av. Capitão Enzo Gammie, 639 - Centro - São Paulo - SP
Fone: (11) 500.27.5038

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

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORRA

RESIDENCIAL		BL	Liquidação	Histograma Histórico	Print	Gráfico PDF	Máscara 12 meses
HISTÓRICO ANIN		DESCRIÇÃO DA CONTA					
Balanço de consumo							
JUN/19	3.17	CONSUMO	403	A R\$	0,764982 =	303.113	
MAT/19	3.66	ILUMINAÇÃO PÚBLICA				6.42	
ABR/19	4.36						
MAR/19	4.10						
FEV/19	3.37						
JAN/19	3.51						
DEZ/18	3.17						
NOV/18	4.14						
OUT/18	4.09						
SET/18	3.87						

卷之三

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
FICHA 03600701919 FICA DEPO VENCIHETE 16-11-16 23:26
Purchaser(s) Até o dia: 12/07/2019, può constituiras futuras vendidas
em seu inventário. Conservar devidamente.

COMPOSIÇÃO DA CONTA-VR\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Outubro/2010	19.16	Base de Cálculo	0,00
Energy:	167,87	Alíquota ICMS:	17,00%
Transporte:	0,00	Valor do ICMS:	52,38
Encargos:	8,72	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	52,38	Valor do COFINS:	0,00
INDICADORES DE CONTINUIDADE			



07/07/2019 **01/08/2019**
Rojana Energy S.A.
Av. Dígitos Ene. Guadalajara 691 – Coloso – Blvd Víctor – 4501
Cerro de la Silla, Jalisco, México. Teléfonos: 34 807 625-24
Nº de Renta Final: 003227363 F.CAM

卷之三

540-080265 1107, 0114568328 DT LFTT, 12/07/2019 | ETRX = 0



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

EOLÉ M DE OCORRÊNCIA N°. 029517/2019

D. :OSD) REGISTRO
Data/Hora Início do Registro: 09/09/2019 11:39
Data/Hora Fim: 09/09/2019 09:45
Delegado de Polícia: Alexander Lopes d. Silva

Atel: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 03/08/2019 12:05
DAI: IS DA OCORRÊNCIA

Local do Fato
Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RUA DOM JOSE NEPOTE

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: RUA DOM JOSE NEPOTE

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

(Alvo) Empregado(s)

ENVO - VÍDEO(S)

Nome Civil: JOSE GARCIA ALVES DE S USA (MUNIC. NFE)

Nacionalidade: Brasileira

Nationalidade: 3 - Brasileiro

Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais

Profissão: 3 - Auxiliar de Serviços Gerais

Nome da Mãe: Albert na Alves de Sousa

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Município: 3 - Boa Vista - RR

Logradouro: AV. JARDIM

Logradouro: 3 - AV. JARDIM

Bairro: CIDADE SATELITE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

1 - Um Objeto Informado

FATTO HISTÓRICO

O comunicante contatou a Esta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados Conduzia UMA MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BRASILEIRA DE COR PRETA, PLACA N° 835 CHASSIS 9CVRD1550DR556480 que está em nome do comunicante e segundo pelo Rua Dom José Nepo QUANDO O foi Colidido na traseira de sua Motocicleta por um veículo. Que devido ao acidente o comunicante sofreu: estando ferido e foi corrido para o hospital de Resgate. Que não deseja representar criminalmente. Registro somente para firme do Seu D.P.W.T. Fim o relato.

DATA
07.09.2019

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA
AGENTE DE POLÍCIA

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira
Agente de Polícia
Mat. 042000612

Ernandes Ferreira Lima

Agente de Polícia

Matricula: 42000612

Reservado a uso interno

Este documento é privado, só é destinado ao seu uso interno. Não deve ser divulgado para terceiros. A sua circulação é proibida, exceto quando autorizada pelo seu autor ou pelo seu delegado.

Entrega de Polícia Civil - Texana Lopes da Silva
Impresso por: Ernandes Ferreira Mat. 042000612
Data de Impressão: 05/09/2019 13:45
Protocolo nº: Não disponível

Sistema:

Página 1 de 1

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.

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



REGISTRO GERAL	356322-7	VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
DATA DE EXPEDIÇÃO	09/06/2015	DATA DE NASCIMENTO
NOME		JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUSA
FILIAÇÃO	SEBASTIÃO GOMES SOUSA ALBERTINA ALVES DE SOUSA	
NATURALIDADE	ARAGUATINS - TO	
DOC. ORIGEM	CERTO CAS 2604 FLS 48 LTV B-8	
CPF	944.205.801-00	
2 VIA	AMADEU ROCHA TRIANI <small>Presidente da Federação das Entidades de Família do Brasil Presidente da FENAFAM</small>	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83		
P 1		

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	ESTADO DE RORAIMA	SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO OSÍLIO CRUZ		
		
		
<u>José Garcia Alves de Sousa</u> Polegar Direito		
<small>Assinatura do Titular</small> CARTEIRA DE IDENTIDADE		
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83		



VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

Nº REGISTRO 357/035-5

DATA DE EXPEDICAO 26/01/2016

RAMONATO NOMATO SILVA

FILHA(O)

MIGELINA PEREIRA SILVA

NATURALIDADE VARGEM GRANDE - MA

CERTO NASC 25/0 FLS 2 LIV A 43

15/09/1968

VARGEM GRANDE - MA

075.426.463-91 AMADU ROCHA TRIANI

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DATA DE NASCIMENTO:

15/09/1968

DATA DE EXPEDICAO:

26/01/2016

RAMONATO NOMATO SILVA

15/09/1968

AMADU ROCHA TRIANI

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REGISTRO GERAL	356322-7	VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
DATA DE EXPEDIÇÃO	09/06/2015	DATA DE NASCIMENTO
NOME		JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUSA
FILIAÇÃO	SEBASTIÃO GOMES SOUSA ALBERTINA ALVES DE SOUSA	
NATURALIDADE	ARAGUATINS - TO	
DOC. ORIGEM	CERTO CAS 2604 FLS 48 LTV B-8	
CPF	944.205.801-00	
2 VIA	AMADEU ROCHA TRIANI <small>Presidente da Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Norte</small>	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83		
P 1		

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	ESTADO DE RORAIMA	SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO OSÍLIO CRUZ		
		
		
<u>José Garcia Alves de Sousa</u> Polegar Direito		
<small>ASSINATURA DO TITULAR</small> AMADEU ROCHA TRIANI <small>Presidente da Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Norte</small>		
CARTEIRA DE IDENTIDADE		
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83		



VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

Nº REGISTRO 357/035-5

NOME: RAMONATO NOMATO SILVA

MATRIZ: 15/09/1968

DATA DE EXPEDICAO: 26/01/2016

DATA DE NASCIMENTO: 15/09/1968

SEXO: MASCULINO

NATURALIDADE: VARGEM GRANDE - MA

CEP: 67510-000

END: RUA VARGEM GRANDE MA

CPF: 075.428.463-91

AMADEU ROCHA TRIANI

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

RAMONATO NOMATO SILVA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RR N° 013975850212
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA RENAVAM 00538665955 BNTRC EXERCÍCIO 2019

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF / CNPJ 944.205.801-00 PLACA NAP8665

PLACA ANTERIOR NAP8665 CHASSI 9C2KD0550DR356480

ESPECIE PRO PAS/MOTOCICLETA/NAO AP. 1. COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 Bros ES ANO FAB 2013 ANO MOD 2013

CAP / POT / CL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

I COTA UNICA *PAGO*	VENC. COTA UNICA *PAGO*	VEND / GOTAS 1*****
P FAIXA IPVA ** PAGO COTA UNICA **	PARCELAMENTO / GOTAS 2*****	3*****

PRÉMIO TARIFÁRIO R\$0.32 R\$14.58 DATA DE PAGAMENTO 30/07/2019

SEGURADO OBRIGATÓRIO

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * BEN. TRIBUTÁRIO
* DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
* PROIBIR SAIR AM02 OC00 *
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL BOA VISTA-RR DATA 15/08/2019
ESTADO E MUNICÍPIO DO SUCHEIRO INSCRIÇÃO DETAN-RR EXPEDIDOR

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR N° 013975850212 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

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

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 15/08/2019

VIA RENAVAM 00538665955 CPF / CNPJ 944.205.801-00 PLACA NAP8665

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 Bros ES

ANO FAB 2013 CAT/ME 9C2KD0550DR356480 N° CHASSI

FMS (R\$) R\$136,05	DETRAN-RR R\$4,01	VALOR DO SEGURO (R\$) R\$40,06
---------------------	-------------------	--------------------------------

VALOR DO BILHETE (R\$) R\$4,15	IOF (R\$) R\$0,32	TOTAL PAGO (R\$) R\$34,58
--------------------------------	-------------------	---------------------------

PAGAMENTO	COTA UNICA	PARCELADO	DATA DE OUTAÇAO 30/07/2019
-----------	------------	-----------	----------------------------

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04



CONDRAN

DETAN-RR

0800 022 1204
www.seguradoralider.com.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RR N° 013975850212
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA RENAVAM 00538665955 BNTRC EXERCÍCIO 2019

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF / CNPJ 944.205.801-00 PLACA NAP8665

PLACA ANTERIOR NAP8665 CHASSI 9C2KD0550DR356480

ESPECIE PRO PAS/MOTOCICLETA/NAO AP. 1. COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 Bros ES ANO FAB 2013 ANO MOD 2013

CAP / POT / CL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

I COTA UNICA *PAGO*	VENC. COTA UNICA *PAGO*	VEND / GOTAS 1*****
P FAIXA IPVA *	PARCELAMENTO / GOTAS 2*****	
V ** PAGO COTA UNICA ** A		3*****

PRÉMIO TARIFÁRIO R\$0.32 R\$14.58 DATA DE PAGAMENTO 30/07/2019

SEGURADO OBRIGATÓRIO

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * BEN. TRIBUTÁRIO
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
* PROIBIR SAIR AMOZ OCAD *
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL BOA VISTA-RR DATA 15/08/2019
DETAN-RR EXPEDOR

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR N° 013975850212 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

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

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 15/08/2019

VIA RENAVAM 00538665955 CPF / CNPJ 944.205.801-00 PLACA NAP8665

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 Bros ES

ANO FAB 2013 CAT/ME 9C2KD0550DR356480 N° CHASSI

PRÉMIO TARIFÁRIO FMS (R\$) R\$136,05 DETAN-RR R\$4,01 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40,06

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4,15 IDF (R\$) R\$0,32 TOTAIS PAGOS (R\$) R\$140,58

<input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> PARCELADO	<input type="checkbox"/> DATA DE OUTAÇÃO 30/07/2019
--	------------------------------------	------------------------------------	---

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04



CONDRAN

DETAN-RR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
559336

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0362822/19

Vítima: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF: 944.205.801-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/08/2019

Titular do CPF: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA : 944.205.801-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/10/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
559696

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398181/19

Vítima: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF: 944.205.801-00

Data do acidente: 03/08/2019

Titular do CPF: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA : 944.205.801-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190635941 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA Data do acidente: 03/08/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 05. EXAME DE IMAGEM - PÁGINA 23.

CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 30, DR. FRANCISCO FERREIRA FARIAS, CRM/RR 365, 08/11/2019.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190635941 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA Data do acidente: 03/08/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 05. EXAME DE IMAGEM - PÁGINA 23.

CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 30, DR. FRANCISCO FERREIRA FARIAS, CRM/RR 365, 08/11/2019.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Jose Garcia Alves de Souza
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: CASADO PROFISSÃO:
RG: 356322-7 CPF: 944.205.801-00 ENDEREÇO: RUA/AV,
AV. JARDIM BLCO. 18. APTO. 403 N° 403
BAIRRO: CIDADE DE SATELITE CIDADE: BOA VISTA /RR
CEP 69.357-529

VÍTIMA: Jose Garcia Alves de Souza
CPF: 944.205.801-00 DATA DO ACIDENTE: 02/08/2019
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: Recepcionista
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
Nº CPF: 475.628.463-91
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

PODERES:

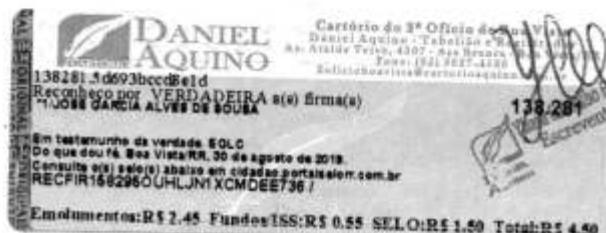
Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Boa Vista, 30 de Agosto de 2019.

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Jose Garcia Alves de Souza
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: CASADO PROFISSÃO:
RG: 356322-7 CPF: 944.205.801-00 ENDEREÇO: RUA/AV,
AV. JARDIM BLCO. 18. APTO. 403 N° 403
BAIRRO: CIDADE DE SATELITE CIDADE: BOA VISTA /RR
CEP 69.357-529

VÍTIMA: Jose Garcia Alves de Souza
CPF: 944.205.801-00 DATA DO ACIDENTE: 02/08/2019
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: Recepcionista
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
Nº CPF: 475.628.463-91
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

PODERES:

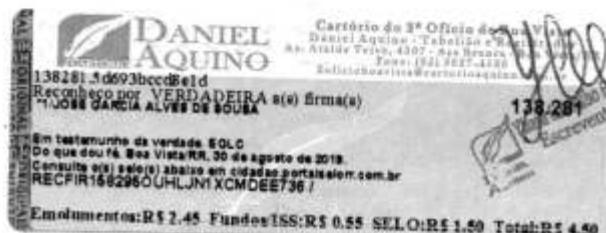
Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



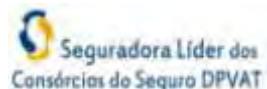
Boa Vista, 30 de Agosto de 2019.

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398181/19

Vítima: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF: 944.205.801-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/08/2019

Titular do CPF: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA : 944.205.801-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0362822/19

Vítima: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF: 944.205.801-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/08/2019

Titular do CPF: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA : 944.205.801-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/10/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190635941

Vítima: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 03/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

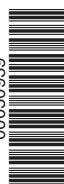
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190635941 **Vítima: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA**

Data do Acidente: 03/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 0000054319-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

944.205.801.00

4 - Nome completo da vítima:

José GARCIA ALVES SOUZA

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

5 - Nome completo:

JOSE GARCIA ALVES SOUZA

6 - CPF:

944.205.801.00

7 - Profissão:

Rocusou

8 - Endereço:

AV. JARDIM 818B - 18. A-403

11 - Bairro:

cidade satelite

12 - Cidade:

BOA VISTA

15 - E-mail:

menatosilva638@gmail.com

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCARIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3021

CONTA: 000 54319 (2)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viuvo

Único sobrevivente da vítima

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

944.205.805.00 | 4 - Nome completo da vítima:
José GARCIA ALVES SOUZA

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

5 - Nome completo:

José GARCIA ALVES SOUZA

6 - CPF:
944.205.805.00

7 - Profissão:

Rocusou

8 - Endereço:

AU. JARDIM 818B. 18. A. 403

9 - Número:
818 | 10 - Complemento:
APT 403

11 - Bairro:

Cidade Satélite

12 - Cidade:

BON VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.317.529

15 - E-mail:

raimundo.novato.silva638@gmail.com

16 - Tel (DDD):

(95) 991144021

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCARIOS:

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) | Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001) | Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **302**

CONTA: **000 54319**

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da Vítima: Solteiro | Casado (no Civil) | Divorciado | Separado Judicialmente | Viúvo | 24 - Data do falecimento da vítima:

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

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

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

34

Quem assina
neste formulário
é considerado
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, BON VISTA 15/10/19

José GARCIA ALVES de souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

Raimundo NOVATO Silveira RL



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

BOLETO DE OCORRÊNCIA

Nº: 029517/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/09/2019 09:39 Data/Hora Fim: 09/09/2019 09:46
Delegado de Polícia: Alexander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 03/08/2019 12:05

Lugar do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Cidade Satélite

Logradouro: RUA DOM JOSE NEPOTE

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVIADO(S)

Nome Civil: JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUSA (Comunicante)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RJ - Araguatins

Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais

Nome da Mãe: Albertina Alves de Sousa

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 403

Logradouro: AV. JARDIM

Bairro: CIDADE SATELITE

DAT

SET. 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

nenhum Objeto Informado

RELATO HISTÓRICO

O comunicante compareceu a Esta Delegacia para registrar que no dia e hora acima citados Conduzia UMA MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ES DE COR PRETA Fazendo uma curva na Rua Dom José Nepote quando foi colidido na traseira de sua Motocicleta por um veículo. Que o mesmo é falso e foi socorrido ao hospital pelo Resgate. Que não deseja representar criminalmente. Registro soamente para fins do Seguro DPVAT. Fim o relato.

ASSINATURAS

Ermandes Ferreira
Agente de Polícia
Mat. 042000612

Ermandes Ferreira Lima

Agente de Polícia

Matrícula: 42000612

Responsável pelo Atendimento

José Garcia Alves de Sousa

(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Arts. 339-Denúncia Caluniosa e 340-Corr. - art. Falsa e - Crime de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Alexander Lopes da Silva
Impresso por: Ermandes Ferreira Lima
Data de Impressão: 09/09/2019 09:46
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 1

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETO DE OCORRÊNCIA

Nº: 029517/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/09/2019 09:39 Data/Hora Fim: 09/09/2019 09:46
Delegado de Polícia: Alexander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 03/08/2019 12:05

Lugar do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Cidade Satélite

Logradouro: RUA DOM JOSE NEPOTE

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVIADO(S)

Nome Civil: JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUSA (Comunicante)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RJ - Araguatins

Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais

Nome da Mãe: Albertina Alves de Sousa

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 403

Logradouro: AV. JARDIM

Bairro: CIDADE SATELITE

DAT

SET. 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

nenhum Objeto Informado

RELATO HISTÓRICO

O comunicante compareceu a Esta Delegacia para registrar que no dia e hora acima citados Conduzia UMA MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ES DE COR PRETA Fazendo uma curva na Rua Dom José Nepote quando foi colidido na traseira de sua Motocicleta por um veículo. Que o mesmo é falso e foi socorrido ao hospital pelo Resgate. Que não deseja representar criminalmente. Registro soamente para fins do Seguro DPVAT. Fim o relato.

ASSINATURAS

Ermandes Ferreira
Agente de Polícia
Mat. 042000612

Ermandes Ferreira Lima

Agente de Polícia

Matrícula: 42000612

Responsável pelo Atendimento

José Garcia Alves de Sousa

(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Arts. 339-Denúncia Caluniosa e 340-Corrupção Falsa e Crime de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Alexander Lopes da Silva
Impresso por: Ermandes Ferreira Lima
Data de Impressão: 09/09/2019 09:46
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 1

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - NIF do segurado ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima: José Garcia Alves Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOAS TITULARES (TITULAR/REPRESENTANTE LEGAL) - CÓDIGO ARSUSP: 484670012

1 - Nome completo: José Garcia Alves Souza CPF: 944-205.801-00

2 - Profissão: Funcionário Aprendiz: 3 - Número: 818 Endereço: Rua 403

4 - Rua: 11-A Logradouro: Centro Cidade: RR CEP: 69317-529

5 - Bairro: Centro Cidade: RR Telefone: 951991144021

6 - Cidade: Centro Cidade: RR Telefone: 951991144021

7 - Email: monato.silva.698@gmail.com Email: 951991144021

8 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, FILHOS E CURACIONISTAS) PARA ATENDER AO BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 E 15 ANOS OU INCAPACITADO

9 - Nome completo do Representante Legal:

10 - CPF do Representante Legal: 11 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, respeitar anônimo e claramente informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).

12 - NOME MESSA DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSÃO ENFORCAPI	<input type="checkbox"/> R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.50,00 ATÉ R\$ 5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM PENDA	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 5.000,00

13 - CONTA POU PANCA (informe para o banco sobre a conta que você possui)

<input type="checkbox"/> Poupança (03) <input type="checkbox"/> Poupança (01)	<input type="checkbox"/> Conta (01)	<input type="checkbox"/> CORRÉA CORRENTE (informe o banco)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3024 CONTA: 000 54319 2 AGÊNCIA: CONTA: CONTA:

14 - Informe se é sócio: Informe se é sócio: Informe se é sócio: Informe se é sócio:

Autorizo a Seguradora Lider a creditar no conta bancária informada, em caso devidamente, a valor da indenização/cobertura do seguro DPVAT e/ou em favor direto, reconhecendo o débito, desse valor somente após a efetivação do crédito, e na íntegra total do valor recebido.

12- DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO CRM - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA A COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que sou: Impulsionado/a a apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da cobertura do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/90), uma vez que:

- Não tenho, que ainda a região da residência ou da minha residência, ou;
- O IML que atende a região da residência ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou;
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

Solicito o prestejamento da análise de meu pedido de revalidação do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação médica que esteja se à disposição do IML, concordando, assim, que é submetida à análise médica ortogonal, caso necessário, à médica da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes provenientes de acidente de trânsito causado por veículos automotores, conforme o Código Civil e Lei 5.194/94.

Declaro que esta autorização não significa prévio consentimento com a liberação de solicitação médica ou renúncia ao direito de contestar a validade médica, caso discordar de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE GRUPOS SÉRIE CIÁXOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA A COBERTURA DE MORTE

15 - Gouce falecimento com aviso: 26 - Vítima de seu compatriato(a): Sim Não 27 - Se a vitima é de seu compatriato(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se é filha / filho, parente: Sim Não 30 - Vítima: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se é irmão / irmãos, informar: Sim Não 33 - Vítima: Sim Não 34 - Vítima: Sim Não

Entendo que a Seguradora Lider regular, caso devido, a incineração do Seguro DPVAT por morte base os beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, obtendo clara, ónus, de que el/á quererá ou, declaração da qual deve poder gerar a negação de receber o valor moratório, aém da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

35 - Nome: _____

36 - Nome legal de quem assina o pedido (a vogal): _____

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a vogal): _____

38 - Nome: _____

39 - CPF: _____

40 - Assinatura: _____

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

42 - Assinatura da vítima/vítima (declarante): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

44 - Assinatura da testemunha: _____

45 - Assinatura da testemunha: _____

46 - Assinatura da testemunha: _____

47 - Assinatura da testemunha: _____

48 - Assinatura da testemunha: _____

49 - Assinatura da testemunha: _____

50 - Assinatura da testemunha: _____

51 - Assinatura da testemunha: _____

52 - Assinatura da testemunha: _____

53 - Assinatura da testemunha: _____

54 - Assinatura da testemunha: _____

55 - Assinatura da testemunha: _____

56 - Assinatura da testemunha: _____

57 - Assinatura da testemunha: _____

58 - Assinatura da testemunha: _____

59 - Assinatura da testemunha: _____

60 - Assinatura da testemunha: _____

61 - Assinatura da testemunha: _____

62 - Assinatura da testemunha: _____

63 - Assinatura da testemunha: _____

64 - Assinatura da testemunha: _____

65 - Assinatura da testemunha: _____

66 - Assinatura da testemunha: _____

67 - Assinatura da testemunha: _____

68 - Assinatura da testemunha: _____

69 - Assinatura da testemunha: _____

70 - Assinatura da testemunha: _____

71 - Assinatura da testemunha: _____

72 - Assinatura da testemunha: _____

73 - Assinatura da testemunha: _____

74 - Assinatura da testemunha: _____

75 - Assinatura da testemunha: _____

76 - Assinatura da testemunha: _____

77 - Assinatura da testemunha: _____

78 - Assinatura da testemunha: _____

79 - Assinatura da testemunha: _____

80 - Assinatura da testemunha: _____

81 - Assinatura da testemunha: _____

82 - Assinatura da testemunha: _____

83 - Assinatura da testemunha: _____

84 - Assinatura da testemunha: _____

85 - Assinatura da testemunha: _____

86 - Assinatura da testemunha: _____

87 - Assinatura da testemunha: _____

88 - Assinatura da testemunha: _____

89 - Assinatura da testemunha: _____

90 - Assinatura da testemunha: _____

91 - Assinatura da testemunha: _____

92 - Assinatura da testemunha: _____

93 - Assinatura da testemunha: _____

94 - Assinatura da testemunha: _____

95 - Assinatura da testemunha: _____

96 - Assinatura da testemunha: _____

97 - Assinatura da testemunha: _____

98 - Assinatura da testemunha: _____

99 - Assinatura da testemunha: _____

100 - Assinatura da testemunha: _____

101 - Assinatura da testemunha: _____

102 - Assinatura da testemunha: _____

103 - Assinatura da testemunha: _____

104 - Assinatura da testemunha: _____

105 - Assinatura da testemunha: _____

106 - Assinatura da testemunha: _____

107 - Assinatura da testemunha: _____

108 - Assinatura da testemunha: _____

109 - Assinatura da testemunha: _____

110 - Assinatura da testemunha: _____

111 - Assinatura da testemunha: _____

112 - Assinatura da testemunha: _____

113 - Assinatura da testemunha: _____

114 - Assinatura da testemunha: _____

115 - Assinatura da testemunha: _____

116 - Assinatura da testemunha: _____

117 - Assinatura da testemunha: _____

118 - Assinatura da testemunha: _____

119 - Assinatura da testemunha: _____

120 - Assinatura da testemunha: _____

121 - Assinatura da testemunha: _____

122 - Assinatura da testemunha: _____

123 - Assinatura da testemunha: _____

124 - Assinatura da testemunha: _____

125 - Assinatura da testemunha: _____

126 - Assinatura da testemunha: _____

127 - Assinatura da testemunha: _____

128 - Assinatura da testemunha: _____

129 - Assinatura da testemunha: _____

130 - Assinatura da testemunha: _____

131 - Assinatura da testemunha: _____

132 - Assinatura da testemunha: _____

133 - Assinatura da testemunha: _____

134 - Assinatura da testemunha: _____

135 - Assinatura da testemunha: _____

136 - Assinatura da testemunha: _____

137 - Assinatura da testemunha: _____

138 - Assinatura da testemunha: _____

139 - Assinatura da testemunha: _____

140 - Assinatura da testemunha: _____

141 - Assinatura da testemunha: _____

142 - Assinatura da testemunha: _____

143 - Assinatura da testemunha: _____

144 - Assinatura da testemunha: _____

145 - Assinatura da testemunha: _____

146 - Assinatura da testemunha: _____

147 - Assinatura da testemunha: _____

148 - Assinatura da testemunha: _____

149 - Assinatura da testemunha: _____

150 - Assinatura da testemunha: _____

151 - Assinatura da testemunha: _____

152 - Assinatura da testemunha: _____

153 - Assinatura da testemunha: _____

154 - Assinatura da testemunha: _____

155 - Assinatura da testemunha: _____

156 - Assinatura da testemunha: _____

157 - Assinatura da testemunha: _____

158 - Assinatura da testemunha: _____

159 - Assinatura da testemunha: _____

160 - Assinatura da testemunha: _____

161 - Assinatura da testemunha: _____

162 - Assinatura da testemunha: _____

163 - Assinatura da testemunha: _____

164 - Assinatura da testemunha: _____

165 - Assinatura da testemunha: _____

166 - Assinatura da testemunha: _____

167 - Assinatura da testemunha: _____

168 - Assinatura da testemunha: _____

169 - Assinatura da testemunha: _____

170 - Assinatura da testemunha: _____

171 - Assinatura da testemunha: _____

172 - Assinatura da testemunha: _____

173 - Assinatura da testemunha: _____

174 - Assinatura da testemunha: _____

175 - Assinatura da testemunha: _____

176 - Assinatura da testemunha: _____

177 - Assinatura da testemunha: _____

178 - Assinatura da testemunha: _____

179 - Assinatura da testemunha: _____

180 - Assinatura da testemunha: _____

181 - Assinatura da testemunha: _____

182 - Assinatura da testemunha: _____

183 - Assinatura da testemunha: _____

184 - Assinatura da testemunha: _____

185 - Assinatura da testemunha: _____

186 - Assinatura da testemunha: _____

187 - Assinatura da testemunha: _____

188 - Assinatura da testemunha: _____

189 - Assinatura da testemunha: _____

190 - Assinatura da testemunha: _____

191 - Assinatura da testemunha: _____

192 - Assinatura da testemunha: _____

193 - Assinatura da testemunha: _____

194 - Assinatura da testemunha: _____

195 - Assinatura da testemunha: _____

196 - Assinatura da testemunha: _____

197 - Assinatura da testemunha: _____

198 - Assinatura da testemunha: _____

199 - Assinatura da testemunha: _____

200 - Assinatura da testemunha: _____

201 - Assinatura da testemunha: _____

202 - Assinatura da testemunha: _____

203 - Assinatura da testemunha: _____

204 - Assinatura da testemunha: _____

205 - Assinatura da testemunha: _____

206 - Assinatura da testemunha: _____

207 - Assinatura da testemunha: _____

208 - Assinatura da testemunha: _____

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nô de ident. e. A.S.C. 3 - CPF do titular: 944.205.801.00 4 - Nome completo do titular: JOSÉ GARCIA ALVES SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E MINIMA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (TITULAR/ BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCUÍTO SUSP. N. 445/2012

5 - Nome Completo: JOSÉ GARCIA ALVES SOUZA 6 - CPF: 944.205.801.00

7 - Endereço: Rua Jardim 889 - 18-A 403 8 - Endereço: Rua Jardim 889 - 18-A 403

9 - Bairro: Jardim Vista 10 - Cidade: Rio de Janeiro

11 - UF: RJ 12 - CEP: 26.317.529

13 - Município: Rio de Janeiro 14 - Telefone: 951991144021

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL, PAIS, TUTORES E CURADORES (AUS VITIMA/SENE FICHAIS MÉDICOS ENTRE 0 A 19 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR)

15 - Nome completo do Representante Legal:

16 - CPF do Representante Legal:

17 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR R\$1.000 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

CONTA POU PANÇA (selecione apenas uma das opções) CONTA CORRENTE (selecione uma)

Bradesco (232) Itaú (341)
 Banco Itaú (001) Caixa Econômica Federal (101)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3021 CONTA: 000 543 19 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Informações adicionais: _____

Autorizo a Seguradora Lider a efetuar na conta bancária informada da minha titularidade, o valor do seguro pagável/reembolsável do Seguro DPVAT que é devidamente debitado, resguardando a dívida, desde já e sempre após a efetivação do crédito, qual seja total do valor recebido.

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

Declaro, sou o(a) parente do(a) beneficiário(a) que não é impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML), para os fins de cobertura da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 9.514/76), uma vez que:
 • Não há IML que atenda a regras do acidente ou da minha residência; ou
 • O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não reúne condições para fins do Seguro DPVAT; ou
 • O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não se enquadra na legislação de trânsito, caso de fato que não é de pedir.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indemnização do Seguro DPVAT, por Invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me sujeitar à condição médica apresentada, caso necessário, às custas da seguradora, a ser para verificação da existência e extensão das lesões, ou momentos decorrentes de acidente de trânsito causado por veículos licenciados que esteja autorizada pelo seu médico ou dentista, quanto ao dia certo e futuro assim assim médico ou dentista a direito de cancelar e avaliar o ato, caso disser de si, certeza.

DECLARAÇÃO DE DÉSVIOS BIENÉFICIAIS - PRESCRIÇÃO, VISTO SOMENTE PARA COBERTURA DE ANARTE

23 - Grau de Parentesco com vítima 25 - Vítima calou o comprovante? Sim Não 26 - Se a vítima debru o comprovante, informar o nome completo:

27 - v.uma: Sim Não 28 - Se deixa filhos, infantilizar: Sim Não 29 - Se tem filhos, infantilizar: Sim Não 30 - Vítima faleceu: Sim Não 31 - v.mais: Sim Não 32 - Se tinha filhos, infantilizar: Sim Não 33 - Vítima casou: Sim Não 34 - v.mais: Sim Não

Atento quanto ao que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a Vítima faleça ou suspenda (000), por morte aquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem esse conceito, estando consta, áfrica, co que duas quer omisso ou desentendido não vere adiante poderá ter a obrigação de restituir o valor recebido, caso de suspensão ou óbito, conforme o artigo 290 do Código Penal.

35 - Nome legal de quem assina o pedido (4 rotas)

36 - CPF legal de quem assina o pedido (4 rotas)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (4 rotas)

38 - Local e Data: 2019/10/19

Assinatura do Testemunha

39 - Nome: _____

CPF: _____

40 - Local e Data: 2019/10/19

Assinatura do Testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiária (desmembrado)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Frecurador (se houver)



**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:	T-04
DATA:	03-08-19

OBM DE ATUAÇÃO	ÁREA DE ATUAÇÃO	VTR	KMI	KMF
<input checked="" type="checkbox"/> 1º BPABM <input type="checkbox"/> 1º PEL <input type="checkbox"/> 2º PEL <input type="checkbox"/> 2º BPABM <input type="checkbox"/> 1º CIA <input type="checkbox"/> 2º CIA <input type="checkbox"/> 3º CIA	<input type="checkbox"/> Leste <input type="checkbox"/> Oeste <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Sul <input type="checkbox"/> Rural	UR-01-18	26.484	26509
H/SAÍDA	H/NO LOCAL	SAIDA DO LOCAL	NO DESTINO	H/NA OBM OU B-01

12:23

12:39

12:44

12:55

13:27

1. DADOS DA OCORRÊNCIA**CÓD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADA:**

ENDERECO: *Rua Dom José Nepote* Nº *51* BAIRRO: *Cidade Serrite*
 CIDADE: *Belo Vista* PONTO DE REFERÊNCIA: *Prx. Av. Dom Aparecido*

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 PNS: Sim Não
 ENDEREÇO: *Av. J. Irabin, Bloco 18, Cond. Acre* Nº *403* BAIRRO: *Cidade Serrite*
 CIDADE: *Belo Vista* NACIONALIDADE: Brasileiro Estrangeiro TEL.: *99112-1803*

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? Sim Não Se sim, qual:Deseja informar sua orientação sexual? Sim NãoSe sim, qual? Heterossexual Bissexual Homossexual Outro:Deseja informar identidade de gênero? Sim NãoSe sim, qual? Homem transexual Mulher transexual Travesti Outro:**3. TERMO DE RECUSAMENTO 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
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais	
<input type="checkbox"/> 3. À voz	<input type="checkbox"/> 4. Confuso	<input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso	
<input type="checkbox"/> 2. A dor	<input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas	<input type="checkbox"/> 4. Reage a dor	
<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Sons incomp./ Gemidos	<input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação)	
	<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração)	
		<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<u>15</u> Pontos

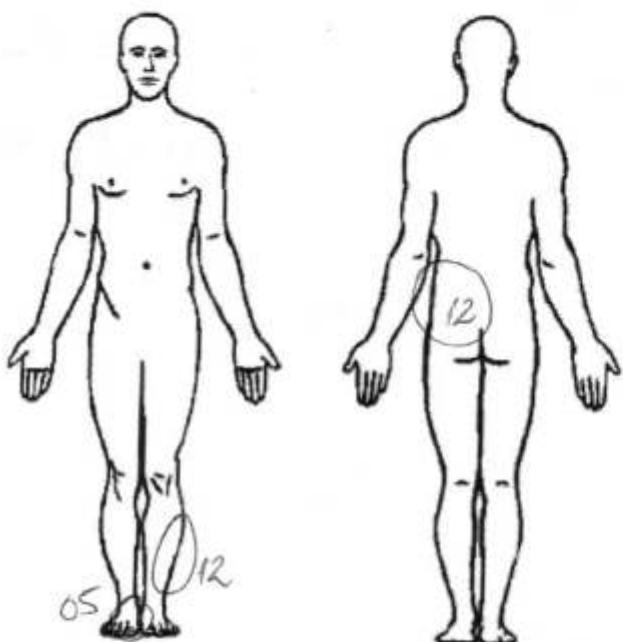
5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ABAIXO DE 5 ANOS)

Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total
<input type="checkbox"/> 4. Espontânea	<input type="checkbox"/> 5. Palavras/sorriso/olhar acompanha.	<input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros.	
<input type="checkbox"/> 3. À voz	<input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado.	<input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso.	
<input type="checkbox"/> 2. A dor	<input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente.	<input type="checkbox"/> 4. Sente dor, mas não retira.	
<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Agitação.	<input type="checkbox"/> 3. Flexão a dor (Decorticação).	
	<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração).	
		<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<u>—</u> Pontos

SINAIS VITAIS

A: *160 / 70* FR: *—* FC: *93* SpO2: *—* Temperatura: *—*

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA – SUBJETIVALERGIA: SIM NÃO QUAL (is):SO DE MEDICAMENTOS: SIM NÃO QUAL (is):PARENTEMENTE 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

Paciente motociclista, encontrava-se ao solo, sentado, já sem o capacete, o mesmo informou ter recebido os cuidados de populares e esposa. Dizia-se somente de obesos na região do tornozelo direito, onde depois de uma avaliação não podemos determinar possivel fratura, somente ferimento em tecido mole. Guido o condizimos até o PS para melhor avaliação. O mesmo informou ter ingerido bebida alcoólica pela manhã. A sua esposa veio como acompanhante na VTR.

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

<input type="checkbox"/> Carteira de identidade	<input type="checkbox"/> Cartão magnético _____ Und	<input type="checkbox"/> Capacete	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> CNH	<input type="checkbox"/> Cheque _____ Fls	<input type="checkbox"/> Calçado	_____
<input type="checkbox"/> CPF	<input type="checkbox"/> Dinheiro R\$ _____	<input type="checkbox"/> Óculos	_____
<input type="checkbox"/> Título de eleitor	<input type="checkbox"/> Jóias	<input type="checkbox"/> Relógio	_____

Aos cuidados de: _____ RG: _____ Telefone: _____

12. UNIDADE DE SAÚDE

<input checked="" type="checkbox"/> P.S Francisco Elesbão	<input type="checkbox"/> Hosp. da Criança Santo Antônio	<input type="checkbox"/> Hosp. das Clínicas
<input type="checkbox"/> P.A Airton Rocha	<input type="checkbox"/> Hosp. Materno Infatil Nossa Senhora de Nazaré	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento Cosme e Silva	<input type="checkbox"/> 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 Tavares	Ed. Cardoso	Ed. Vilanova	Ed. 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 2084

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 00000054319-2

Nr. da Autenticação E3704A2A9C63E22B

Roraima Energia S.A.
 Av. Capitão Eraldo Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
 Regime especial de Impressão autorizado pela SEFAZ 308/13

Nº da Nota Fiscal: 003227308
 A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
 pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA-MÊS	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 SATELITE
 RESIDENCIAL VILA JARDIM
 CEP: 69.317-529 - BOA VISTA

ROT: 32.001.24.20.550200

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	20790		Atual: 12/07/2019
Anterior:	20387		Anterior: 11/06/2019
Constante de Multiplicação:	1.000		Próxima Leitura: 12/08/2019
Consumo Médio:	403		Emissão: 11/07/2019
Consumo Faturado:	403	FCAM	Aproximada: 12/07/2019

NORMAL

31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Pasta	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14EDB032750	1423110	1.1.1.2	357

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo:
 JUN/19 217
 MAI/19 366
 ABR/19 436
 MAR/19 410
 FEV/19 337
 JAN/19 331
 DEZ/18 517
 NOV/18 414
 OUT/18 409
 SET/18 387
 TRIBUTO TRIBUTOS:
 0 H 403 - 0,634620

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	403 A R\$ 0,764602 =	308,13
	ILUMINACAO PUBLICA	6,42

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
 Parabéns! Até o dia 11/07/2019, não constatamos faturas vencidas
 nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO F8B0.88C6.D8B2.7E01.1CA6.CA09.FD61.D9F9

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	79,16	Base de Cálculo:	0,00
Energia:	167,87	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	52,38
Encargos:	8,72	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	52,38	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

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

FLORESTA

05/2019 120,08

ROT: 32.001.24.20.550200

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

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

Nº da Nota Fiscal: 003227308 FCAM

83620000003 9 14550075000 8 00000000135 4 68280719008 2





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA
CNPJ: 05.939.467/0001-15
Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
FONE GERAL: 2121-2200

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 07/2019

VENCIMENTO: 15/08/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM. 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA RESIDENCIAL	ECONOMIAS 1	HIDRÔMETRO A10F198348	VOL FATURADO		DESCRIPÇÃO		Nº DA CONTA 15437802
			10	REAL			
DT.LEITURA ANT. 06/06/2019	DT.LEITURA ATUAL 04/07/2019	DIAS DE CONSUMO 28	LEITURA ANT. 1839	LEITURA ATUAL 1839		MÉDIA 0	
MÊS/ANO 06/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 05/2019	CONS. 04/2019	MÊS/ANO 0	CONS. 03/2019	MÊS/ANO 02/2019	CONS. 01/2019

DESCRIÇÃO

CONSUMO POR FAIXA

VALORES (R\$)

ÁGUA

ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA

0 M3

23,83

MULTA P/IMPONTUALIDADE

05/2019

19,06

0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL N° 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas		-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO 001.031.031.0130.000	MÊS/ANO 07/2019	GRUPO 17	TOTAL A PAGAR 43,74	ROTA 05.1970
-----------------------------------	--------------------	-------------	------------------------	-----------------

82600000000-8 43740004001-4 00099358101-6 07201930003-6



Roraima Energia S.A.
 Av. Capitão Eraldo Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
 Regime especial de Impressão autorizado pela SEFAZ 308/13

Nº da Nota Fiscal: 03227308
 A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada
 pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA-MÊS	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 SATELITE
 RESIDENCIAL VILA JARDIM
 CEP: 69.317-529 - BOA VISTA ROT: 32.001.24.20.550200

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	20790		Atual: 12/07/2019
Anterior:	20387		Anterior: 11/06/2019
Constante de Multiplicação:	1.000		Próxima Leitura: 12/08/2019
Consumo Médio:	403		Emissão: 11/07/2019
Consumo Faturado:	403	FCAM	Aproximada: 12/07/2019

NORMAL 31

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Pasta	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14EDB032750	1423110	1.1.1.2	357

HISTÓRICO kWh	DESCRIPÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo:	
JUN/19 217	CONSUMO 403 A R\$ 0,764602 = 308,13
MAI/19 366	ILUMINACAO PUBLICA 6,42
ABR/19 436	
MAR/19 410	
FEV/19 337	
JAN/19 331	
DEZ/18 517	
NOV/18 414	
OUT/18 409	
SET/18 387	
TRIBUTO TRIBUTOS: 0 H 403 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
 LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
 Parabéns! Até o dia 11/07/2019, não constatamos faturas vencidas
 nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO F8B0.88C6.D8B2.7E01.1CA6.CA09.FD61.D9F9

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 79,16	Base de Cálculo: 0,00
Energia: 167,87	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 52,38
Encargos: 8,72	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 52,38	Valor do COFINS: 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

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

FLORESTA

05/2019 120,08

ROT: 32.001.24.20.550200


**RORAIMA
ENERGIA**

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

Roraima Energia S.A.
 Av. Capitão Eraldo Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal: 03227308 FCAM

83620000003 9 14550075000 8 00000000135 4 68280719008 2





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA
CNPJ: 05.939.467/0001-15
Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
FONE GERAL: 2121-2200

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 07/2019

VENCIMENTO: 15/08/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM. 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA RESIDENCIAL	ECONOMIAS 1	HIDRÔMETRO A10F198348	VOL FATURADO		DESCRIPÇÃO		Nº DA CONTA 15437802
			10	REAL			
DT.LEITURA ANT. 06/06/2019	DT.LEITURA ATUAL 04/07/2019	DIAS DE CONSUMO 28	LEITURA ANT. 1839	LEITURA ATUAL 1839		MÉDIA 0	
MÊS/ANO 06/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 05/2019	CONS. 04/2019	MÊS/ANO 0	CONS. 03/2019	MÊS/ANO 02/2019	CONS. 01/2019

DESCRIÇÃO

CONSUMO POR FAIXA

VALORES (R\$)

ÁGUA

ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA

0 M3

23,83

MULTA P/IMPONTUALIDADE

05/2019

19,06

0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL N° 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas		-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO 001.031.031.0130.000	MÊS/ANO 07/2019	GRUPO 17	TOTAL A PAGAR 43,74	ROTA 05.1970
-----------------------------------	--------------------	-------------	------------------------	-----------------

82600000000-8 43740004001-4 00099358101-6 07201930003-6



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 2212 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fazenda de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Garcia Alves Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 944.205.801 / 00 do sinistro de DPVAT cobertura 1AVALIDEZ da Vítima José Garcia Alves Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 944.205.801 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso e apresento os documentos comprobatórios

Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
Rua: 05		121	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Cidade Satélite	Boa Vista	RR	69.317-471
Email	nonatosilva638@gmail.com	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (95) 99114-4021

Boa Vista . RR de outubro de 2019

Local e Data

Raimundo Nonato Silva Ribeiro

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital Geral de Roraima - HGR / PAH / PSF
Av. Brigadeiro Eduardo Gómez, 3300

1^a Classificação/reclassificação

) Vermelho
) Amarelo
) Azul
) Verde
) Azul... Ass.

Reclassificação

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde

1901143776	03/06/2019 12:56:19	FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA		Azul Ass.	Azul Ass.	Vermelha	Azul Ass.	DIURNO 07-19
Paciente			Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário				
JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA			19/01/1967	52 A 6 M 15 D	702009348349385	94420580100					
Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade					
IGNORADO	SSPRR	09/06/2015	M	UNIAO	PARDA	BOA VISTA - RR					
Mãe			ESTAVEL			Contato					
ALBERTINA ALVES DE SOUSA			SEBASTIAO GOMES SOUSA		(95) 99152-5957						
Endereço					Ocupação						
AVENIDA - JARDIM - 403 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR					AUTÔNOMO						
Class. de Risco:	Plano Convênio	Nº da Carteira		Validado	Autorização	Sis Prenatal					
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE										
Motivo do Atendimento	Caráter de Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão				
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA										
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.									
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA										
Queixa Principal					Registrado por: WALDEMAR STOCKER						
		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem						GSC	TOTAL				
						AO: 1234 RV: 12345 MIRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)											
COUSÃO COMO X MOTO PACIENTE MOTOCICLISTA COM TRAUMA EM TORAXICO D, <small>exame Físico</small>											
Hipótese Diagnóstica											
ADT - Exames Complementares:											
<input type="checkbox"/> RAIO-X	<input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> OUTROS:					
PRESCRIÇÃO <i>Plmavns 1 g cr -> 13.00</i> <i>Tenoxicar 40 g cr NTF</i> <i>Gentamicina 290 g cr -> 13.00</i> <i>Clindamicina 600 g cr -> 13.00</i>						APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO				
						<small>HOSPITAL GERAL DE MARANA Av. Brás Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto Tel: (65) 2-21-0520</small> <u>AUTENTICAÇÃO</u> <i>29 AGO. 2019</i>					
						<small>Certifico e Dou Fé que a presente copia é fidel reprodução original que foi apresentada neste Hospital</small>					
Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decidido Médico <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revisão <input type="checkbox"/> Transferência para:						<input type="checkbox"/> Ambulatório					
						<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)					
						<input type="checkbox"/> Informação					
						Data e Hora da Saída/Alta:					
						<i>ros Freitas</i>					
bito entes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família						<input type="checkbox"/> IML Anamnese Prolongada					

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: Waldemar Steuer

**C.Dr. Jorge Barreto
Médico
Campos e
Assinatura do Médico**

Impresso por: Waldemar Stucki

10

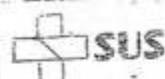
Data e Hora da Saída/Alta:
(____) IML Análise Patológica
Dr. Jorge Burros Freitas
Médico
Camboriú - Santa Catarina - 2014
Assinatura do Médico

ORTOPÉDICO

Paciente visto com lesão
protrusiva de traço
em T2(D).

Lesão em parte menor
pt. d/fx em T2(D)
objeto causando um oror

Dr. Marcus Brügger
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRA 1917/RR



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da Saúde

Blu J D.

ALDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

altq: 0910819

DENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DA UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

José Garcia Alves de Souza

6 - N° DO PRONTUÁRIO
174379

7 - CÓDIGO NAL. DE IDENTIFICAÇÃO (CNS)

710120109348349431815

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/01/67

9 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Albertina Alves de Souza

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

Av. Jerônimo 603, Cidade Satélite

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF
RJ

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente com quadro suspeito de infarto
familial

A felino

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

RX + exame de sangue

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

rx suspeita de infarto familiar

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Lembre-se

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL, SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

40 - CNAE DA EMPRESA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

41 - CBOR

() EMPREGADO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() EMPREGADOR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

() AUTÔNOMO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

() DESEMPREGADO

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

() APOSENTADO

46 - INSTRUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() NÃO SEGURADO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

0408030543

5823

11299

9/8/19

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGI

52⁴

NOME DO PACIENTE <i>José Garcia Alves de Souza</i>	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO 1905543776	DATA 03 108 / 19
---	--------------	--------------------------------	---------------------

CIRURGIA

TIPO <i>Fixação Externa de Pilão "D"</i>	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO 14:50	FIM 15:48	TEMPO TOTAL

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO <i>Dr. Rogerio Dias</i>	ANESTESISTA: <i>Dr. Fabio</i>
1º AUXILIAR <i>Res. Pablo</i>	RES. ANESTESIA:

2º AUXILIAR <i>Res. Pedro / Res. Augusto</i>	INSTRUMENTADOR <i>Soares e Hilário</i>
---	---

TIPO DE ANESTESIA:	TEMPO DE DURAÇÃO:
--------------------	-------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		10	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500ml	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
4	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
3	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON N° 20	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
	LÂMINA BISTURI N°			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUCÇÃO 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 PI OSSO c/ fether 02	
3	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA N° Equipo, macrogofos	
5	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Agulha p/ roque	
3	SERINGA 20ML		5	FITA CARDIACA E/efredos	
			<input checked="" type="checkbox"/>	OUTROS: Aloduro de crepon	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Gabrieló</i> <i>Aline</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB- TOTAL
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	



ESTADO DE RORAIMA
MUSEU DO PATRIMÔNIO CULTURAL
AUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: <i>Ortopedia</i>	Procedimento Realizado: <i>Fixação Externa de Pilão</i>		
Nome do Paciente: <i>José Garcia Alves de Sousa</i>	Nº do Prontuário: <i>1901143776</i>	Data: <i>03/08/19</i>		
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala:	Circulante de Saia:

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (X)	Empresa ()	Dados Adicionais:		
ITEM	DESCRICAÇÃO DO ITEM	UNID.	QUANT.	MARCA
↓	Lote: 010455 Código: F08 8 208 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEOA SARTORI - LINEFIX TIBIA/FEMUR T 300 - ESTERIL Fab.:10/01/2019 Val.:01/2024 Registro Anvisa Nº 80083650031 Material ACO INOX/ALUMINIO	01	01	
2	Luz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br	02	02	
	Lote: 010715 Código: AF35 8 680 - PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X CX 4,5 X 200 X T Fab.:03/01/2019 Val.:01/2024 Registro Anvisa Nº 80083650026 Material ACO INOX F138			
	Luz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br			

MÉDICO CIRUJÃO: Rogerio Dias

1º AUXILIAR: Res. Pablo

INSTRUMENTADOR:

DR. AGUSTO CARVALCANTE
Médico Residente
CRM-RN 1964

Dr. Augusto Carvalcanter
Médico Residente
CRM-RN 1964



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 31/6/19

O.S. _____

José Garcia Alves
de Souza

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

CRM 1205-RH / CRM 114
Dr. Rogério Augusto Cavalcante
Ortopedista e Traumatologista

1º auxiliar:

Pedro

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- O paciente em DDT sob sedanofieldo.
(2) Anestesia e Antalgico.
(3) Colocação do campo estéril + incisão
de 5x0,97.
(4) Fixação de fútuas e redução com
rino de Shantz, tipo delta. com controle
radioscópico.
(5) Sutura com vicril 2,0
(6) Curativo
(7) AG RPA
- sob orientações do Dr. Rogério

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

JOSÉ GARU A AIRES DE SOUZA
EDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

03.06.19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

- minidom 2 kg D
 - Rento'l 50 g M

N^o

BUB-W

ADMN

S04

SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CENTRO CIRÚRGICO/SRP

Nome: José Garcia Alves de Souza

Data: 03 / 08 / 2019

Data de Nasc: 19 / 01 / 1967 Idade: 52 Anos Setor/Leito:

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim (X) Não Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (X) Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Urugia Proposta:

F

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

401-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA				HGR Hospital Geral de Roraima			
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de 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 08/08/2019			
ITEM				HORÁRIO			
1	DIETA LIVRE			SND			
2	AVP			manter			
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN			
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N			SN			
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N			SN 9/00 22			
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N			SN			
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N			SN			
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN			
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			SN			
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6			12/18 04/06			
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12			08/20			
12	SSVV + CCGG 6/6H						
13	CURATIVO DIÁRIO						
14							
15							
16	<u>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</u>						
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 <table border="1" style="float: right; width: 20%;"> <tr><td>Dr. Fernando Rezende</td></tr> <tr><td>Médico Serviço de Ortopedia e Traumatologia</td></tr> <tr><td>08/08/2019</td></tr> </table>					Dr. Fernando Rezende	Médico Serviço de Ortopedia e Traumatologia	08/08/2019
Dr. Fernando Rezende							
Médico Serviço de Ortopedia e Traumatologia							
08/08/2019							
6 H	PA	FC	FR				
12 H	120/70	70	20	36			
17 18 H	13/76	81	39	3592			
24 H	170/94	86	20	3561			
06	180/100	77	21	362			

Bloco D
Maca 02

403-1



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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN		
PACIENTE	Joyce Garcia Alves de Souza			
AGNÓSTICO	Exa de rotina			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	3/8/12	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			Manten
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			18.24.06 12
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			06.00
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM			Atencas
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			02.00 14
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H			18.24.06 12
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H	SUSP		Suspense
12				
13	Gentamicina 240mg EV 1x0 dia DS			
14				
15				
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H			18.24.06 12
18	CURATIVO DIÁRIO			Dr. Wagner Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-RN 1004
19				
20				
21				

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

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H	1			
24 H	124/81	106	36,5°C	
GH	132/84	95	36,5°C	

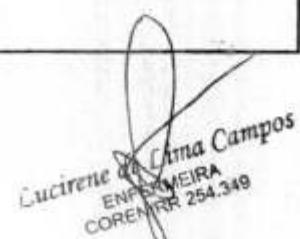
18:30 PA=137x93 P= 112 T=36,5°C O.

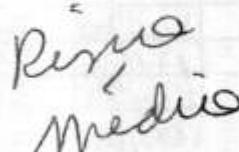
T-10h



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

Bloco:	Data:	08/08/19	Enfermaria:	404	Leito:	+	
Nome Completo:	José Geraldo Alves de Souza /			Sexo:	() F	() M	
Hipótese Diagnóstica:	Palma MJD e fixador externo						
Isolamento ou Precaução:	() Isol.	() Não	() Padrão	() Contato	() Gotícula - aerosol	() Gotícula - perdigotos	
Alergia:	() Sim	() Não	Qual(is):				
Necessidade de Intérprete?	() Sim	() Não	Qual idioma:				
Possui acompanhante:	() Sim	() Não	Obs: e/ Moleton				
Deambulação:	() Normal	() Sem deambulação	() Acamado	() Cadeira de rodas	() Fraca	() Comprometida/cambaleante	
SISTEMA NEUROLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR				
<input checked="" 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"/> Torpido	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Hipotensivo	<input type="checkbox"/> Hipertenso	PA: _____	
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Reage a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input checked="" type="checkbox"/> Pulo Cheio	<input type="checkbox"/> Filiforme	<input type="checkbox"/> Arritmico	Pulso: _____	
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL				
<input checked="" type="checkbox"/> Fotorreagente	<input type="checkbox"/> Mióticas	<input type="checkbox"/> Midriática	<input checked="" type="checkbox"/> V.O	<input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNE/SOE	() GTT () NPT	
<input checked="" type="checkbox"/> Isocônicas	<input type="checkbox"/> Anisocônicas	<input type="checkbox"/> Não reagentes	<input type="checkbox"/> Aceitação da dieta:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcial	
REGULAÇÃO TÉRMICA			<input type="checkbox"/> Evacuações:	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Colostomia	
<input checked="" type="checkbox"/> Afebril	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipertérmico	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Melena	
<input type="checkbox"/> Febril	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Pirexia	<input checked="" type="checkbox"/> Feces:	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente		
CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL				
<input checked="" type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Flácido	
<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipercorada	<input type="checkbox"/> Ascítico	<input type="checkbox"/> Maciço	<input type="checkbox"/> Timpântico		
<input checked="" type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Gianótica	<input type="checkbox"/> Ruídos Hidroaéreos:	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente		
<input checked="" type="checkbox"/> Aclanótica	<input type="checkbox"/> Edema Local:		<input type="checkbox"/> Visceromegalias:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> FO:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
Olcula por pressão:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	SISTEMA URINARIO / DIURESE				
Região:			<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Anúria	<input type="checkbox"/> Oligúria	
Curativo realizado:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Poliúria	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Colúria	<input type="checkbox"/> Hematuria	
Oxigenoterapia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Irrigação contínua	<input type="checkbox"/> Uropênia		
SISTEMA RESPIRATÓRIO			CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES				
<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente	<input type="checkbox"/> Traqueostomia		
Oxigenoterapia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual:				
Cateter Periférico:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local: MSD	Data: 07/08/19	Trocár em:		
Cateter Central:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Local:	Curativo realizado em:	Trocár em:		
Sinais de infecção no sítio da punção:			<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não				
Sondas:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SOG () SNE () SOE () GTT	<input type="checkbox"/> Lavagem	<input type="checkbox"/> Sifonagem	
Oreno de:				Aspecto da secreção:	Quantidade:		
Cateter Vesical:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Data da Instalação:		Trocár em:		
Prótese:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Tipo:	Local:			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM							
<input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz	<input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão					
<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de quedas					
<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração					
<input type="checkbox"/> Risco de glicemias instável	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada					
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/> Risco de constipação					
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	<input type="checkbox"/> Comunicação deficiente					
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para higiene						
Escala de Morse							
1. Histórico de Queda		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado					
Não	<input checked="" type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	20			
Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	20			
2. Diagnóstico Secundário		5. Marcha/Deambulação					
Não	<input checked="" type="checkbox"/>	Normal/Sem deambulação/Acamado	<input type="checkbox"/>	0			
Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Fraca	<input type="checkbox"/>	10			
3. Auxílio na Deambulação		Comprometida/Cambaleante					
Nenhum/Acamado/Auxiliado	<input checked="" type="checkbox"/>	6. Estado Mental	<input type="checkbox"/>	20			
Muleta/Bengala/Andador	<input checked="" type="checkbox"/>	Orientado/limitado/conhece as limitações	<input type="checkbox"/>	0			
Mobiliário Parede	<input checked="" type="checkbox"/>	Superestima capacidade/Esquece limitação	<input type="checkbox"/>	15			
TOTAL:	Risco Baixo: 0 - 24	Risco Médio: 25 - 44	Risco Alto: maior que 45				
Prescrição para prevenção de queda no verso							


 Luciene de Lima Campos
 ENFERMEIRA
 COREM/RN 254.349


 Período
 Médio

ANEXO DE INDUÇÃO ANESTÉSICA

Fonte: sobre alas de serra
apontado no resumo

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Fábio

PACIENTE CONFIRMADO:

- Identidade
 Sítio Cirúrgico
 Procedimento

() Sim Não

- Identidade
 Sítio Cirúrgico
 Procedimento

() Sim Não

- Identidade
 Sítio Cirúrgico
 Procedimento

() Sim Não

- Identidade
 Sítio Cirúrgico
 Procedimento

() Sim Não

- Identidade
 Sítio Cirúrgico
 Procedimento

() Sim Não

- Identidade
 Sítio Cirúrgico
 Procedimento

() Sim Não

- Identidade
 Sítio Cirúrgico
 Procedimento

() Sim Não

- Identidade
 Sítio Cirúrgico
 Procedimento

() Sim Não

- Identidade
 Sítio Cirúrgico
 Procedimento

() Sim Não

- Identidade
 Sítio Cirúrgico
 Procedimento

() Sim Não

- Identidade
 Sítio Cirúrgico
 Procedimento

() Sim Não

- Identidade
 Sítio Cirúrgico
 Procedimento

() Sim Não

FAUTA CIRÚRGICA (sala operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:

- Sim Não

CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
 Sítio cirúrgico
 Procedimento

SAÍDA (saídas observação)

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

VERIFICAÇÃO DA IDENTIDADE

- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO

Sim Não

SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

- 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 CIRURGIAO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

- Sim Não Não se Aplica

Assinatura e Crimô

Dr. Alberto P. M. Henrique
Anestesiologista CRM-RR 2084
Data: _____
Local: _____
Assinatura: _____
Hora: _____

Assinatura e Crimô

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS:

- Sim Não

- Não se Aplica

Sem la suama - 2734-1-rr
Assinatura e Crimô

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas –

Versão:08 Elaborada: 02/2013 Atualizada: 12/2018

HGR Facultad: José García

Leito: 404-1 Data: 06/08/10

Localização		Região: M10		Região:
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro: _____	_____
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	() 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: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	_____
Quantidade de Exsudato	() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	_____
Solução de Limpeza	() Molhado (X) Úmido () Seco	() Molhado (X) Úmido () Seco	() Molhado (X) Úmido () Seco	_____
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel (X) Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	_____
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	_____
Profissional que realizou procedimento:	Bruna S. Pereira Bemvinda Sônia Carlos Técnica de Enfermagem COREN-RR 818.356	Bruna S. Pereira Bemvinda Sônia Carlos Técnica de Enfermagem COREN-RR 818.356	Bruna S. Pereira Bemvinda Sônia Carlos Técnica de Enfermagem COREN-RR 818.356	_____
Observações:	_____			

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		
IDADE	52	LEITO	401-1	DATA
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	PLASIL10MG 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 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 DL/ML, 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. AGUIAR
 Medicina Residende
 Onopatia e Traumatologia
 CRM RR 1895
 1995

Not Pg 1, LOTE, AAA, [redacted]
 11 AM + return to HCR
 SI revo. Regist



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		
IDADE	52	LEITO	401-1	DATA 04/08/2019
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SIN
2	AVP			manto
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	PLASIL10MG 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 6/6H			
13	CURATIVO DIÁRIO			M
14				
15				
16	<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, 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	130/77	81	17	35.1
18 H	133/80	75	-	36.4
24 H	120/60	81	20	36.4

Dr. Jesus Lopez Ayarre
CRM-RR 566

6H

Paciente e/ queixas ativas medicados epm, aferido SSUV + coletado exames lab.

Elizabeth Gomes da Silveira
Téc. Enfermagem
COREN-RR 650.492 TE
17/08/19



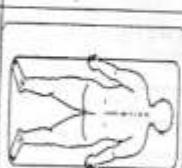
EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em

HCP

Paciente: José Gonçalves Alves
Leito: 101

Data: 08 / 08 / 10

Localização		Região: M. I, D.		Região:
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Trauma: _____ () Outro: F. O	Grau: I () II (X)	() LPP I II III IV ?* () Trauma: _____ () Outro: _____	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Ferida fechada () Normal () Outro: _____	() Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Dreno/ Sonda () Outros	() Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor	() Eritema / Rubor	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	(X) 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: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 () Diário () Semanal () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Dr. de Rátona N. Viana Assistente de Enfermagem CONEN-RR 433.554	Jucilene Moreira Auxiliar de Enfermagem CONEN-RR 433.554		
Observações:	_____			

H01-1
dy
nove

<small>GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima</small>	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScriÇÃO MÉDICA			
				

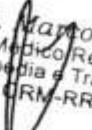
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN		
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D				
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	52	LEITO	401-1	
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA LIVRE			<u>SM</u>
2	AVP			<u>M</u>
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			<u>SM</u>
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N			<u>SM</u>
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N			<u>SM</u>
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N			<u>SM</u>
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N			<u>SM</u>
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			<u>SM</u>
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			<u>SM</u>
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6			<u>SM</u>
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12			<u>SM</u>
12	SSVV + CCGG 6/6H			<u>SM</u>
13	CURATIVO DIÁRIO			<u>M</u>
14				
15				
16				
<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				 Dr. MARCOS AGUIAR Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 1995
6 H	PA	FC	FR	
12 H	100/83	84	17	
18 H	138/79	80	18	
24 H	133/77	90	-	

OGL 130/80 92 59mpm 36,1°C

Bloco D

405-5
out
Nov
405-1

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
		PREScrição MÉDICA			HGR	
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de 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	04/08/2019
ITEM						HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE				5/08
2		AVP				Monte
3		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SIN
4		TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N				SIN
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N				12/08/2019 06
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				SIN
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SIN
8		TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				14/08/2019 00
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				12/08/2019 06
10		CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6				Suspens
11		CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12				12/08/2019 06
12		SSVV + CCGG 6/6H				Realizar
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 DL/ML, 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				Dr. Fernando Rezende	
6 H	PA	FC	FR	06	
12 H	140/80	83	-	36	
18 H	150/90	84	-	36	
24 H	130/70	92	12 min	35,9°C	
06 h	100/80	89	8 min	36,1°C	

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

Paciente: José Gancio Alves

Data: 07/08 / 2019

HGR

Leito:

Mol.

Localização		Região: M T D		Região: M S D
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma : _____ Traqão X Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	Grau: I () II (X)	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma : _____ Traqão _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	Grau: I () II (X)
Aparência do Leito	() Necrose Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (X) Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Necrose Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (X) Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Pele Perilesional	(Q) Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	(Q) Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	(Q) Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Quantidade de Exsudato	(Q) Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	(Q) Soro Fisiológico 0,9% (Q) Clorexidina 2% () Álcool 70%	(Q) Soro Fisiológico 0,9% (Q) Clorexidina 2% () Álcool 70%	(Q) Soro Fisiológico 0,9% (Q) Clorexidina 2% () Álcool 70%
Solução de Limpeza	(Q) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	(Q) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	(Q) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	(Q) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 (Q) Diário () 48/48h	() 12/12 (Q) Diário () 48/48h	() 12/12 (Q) Diário () 48/48h	() 12/12 (Q) Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 955 1775 COREN-RR 954.522	Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 955 1775 COREN-RR 954.522	Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 955 1775 COREN-RR 954.522	Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 955 1775 COREN-RR 954.522
Observações:				



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	
IDADE	52	LEITO	401-1
ITEM			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		S/US
2	AVP		manh
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		S/N
7	PLASIL10MG 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		10/08 2018
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12		20/08
12	SSVV + CCGG 6/6H		20/08
13	CURATIVO DIÁRIO		M
14	PO CICLIC TPC CINUM		
15	PA Contar		
16			
<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, 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	100/61	73	50 36,4°C
18 H	104/65	88	19 35,9°C
24 H	134/91	72	58 36,5°C
00	104/65	93	72 36,2°C

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
 CRM-RR 566

401 - 1

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F							
Bloco:	D	Data:	09/08/19	Enfermaria:	401	Leito:	01
Nome Completo:	Jane Garcia Alves da Silva			DN:	/ /	Sexo:	() F (X) M
Hipótese Diagnóstica:							
Isolamento ou Precaução:	() Sim	(X) Não	() Padrão	() Contato	() Gotícula-aerossol	() Gotícula-perdigotos	
Alérgia:	() Sim	(X) Não	Qual (s):				
Necessidade de Intérprete?	() Sim	(X) Não	Qual idioma:				
Possui acompanhante:	(X) Sim	() Não	Obs:				
Deambulação:	(X) Normal	() Sem deambulação	() Acamado	() Cadeira de rodas	() Fraca	() Comprometida/cambaleante	
SISTEMA NEUROLOGO				SISTEMA CARDIOVASCULAR			
(X) Consciente	(X) Orientado	() Desorientado	(X) Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico	BC:	
() Sedado	() Torpido	() Comatoso	(X) Normotensão	() Hipotensão	() Hipertensão	PA:	13x8
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Fíliforme	() Arritmico	Pulso:	
PUPILAS				ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			
() Fotorreagente	() Mióticas	() Midriática	(X) VO	() SNG/SOG	() SNE/SOE	() GTT	() NPT
(X) Isocônicas	() Anisocônicas	() Não reagentes	Evação:	(X) Presente	() Ausente	() Colostomia	
REGULAÇÃO TÉRMICA				(X) Normal	() Diarreia	() Constipação	() Melena
(X) Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	Flatos:	() Presente	() Ausente		
() Febril	() Febre	() Pirexia	REGULAÇÃO ABDOMINAL				
() Hiperpirexia			() Normotensão	() Distendido	() Globoso	() Flácido	
CARACTERÍSTICAS DA PELE				() Ascítico	() Maciço	() Timpanico	
(X) Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	Ruidos Hidroáreos:	() Presente	() Ausente		
(X) Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	Visceromegalias:	() Sim	() Não	FO:	() Sim () Não
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE				
() Acanótica	() Edema Local:		() Espontânea	() SVD	() Anúria	() Oligúria	
Úlcera por pressão:	() Sim	() Não	() Poliúria	() Disúria	() Colúria	() Hematuria	
Região:			() Cistostomia	() Irrigação contínua			() Uropêna
Curativo realizado:	() Sim	() Não	FO: () SIM () NÃO	SISTEMA RESPIRATÓRIO			
(X) Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	() Dispneico	() Ar ambiente	() Traqueostomia		
Oxigenoterapia	() Sim () Não	Qual:					
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES							
Cateter Periférico:	() Sim	() Não	Local:	Data:	Trocar em:		
Cateter Central:	() Sim	() Não	Local:	Curativo realizado em:	Trocar em:		
Sinais de Infecção no sítio da punção:	() Sim	() Não	() Sim () Não				
Sondas:	() Sim	() Não	() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem	() Sifonagem		
Dreno de:			Aspecto da secreção:				
Cateter Vesical:	() Sim	() Não	Data da instalação:		Quantidade:		
Prótese:	() Sim	() Não	Tipo:		Trocar em:		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM							
() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz	() Risco de Lesão por Pressão					
() Risco de infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Quedas					
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração					
() Risco de glicemia 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	() Padrão de sono prejudicado	() Comunicação deficiente					
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene						
Escala de Morse							
1. Histórico de Queda	4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado						
Não	0	Não	0				
Sim	25	Sim	20				
2. Diagnóstico Secundário	5. Marcha/Deambulação						
Não	0	Normal/Sem deambulação/Acamado	0				
Sim	15	Fraca	10				
3. Auxílio na Deambulação	6. Estado Mental						
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0	Comprometida/Cambaleante	20				
Muleta/Bengala/Andador	15	Orientado/limitado/conhece as limitações	0				
Mobiliário Parede	30	Superação capacidade/Esquece limitação	15				
TOTAL:	Risco Baixo: 0 - 24	Risco Médio: 25 - 44	Risco Alto: maior que 45				
Prescrição para prevenção de queda no verso							



Tratamento de Feridas –

Versão:08

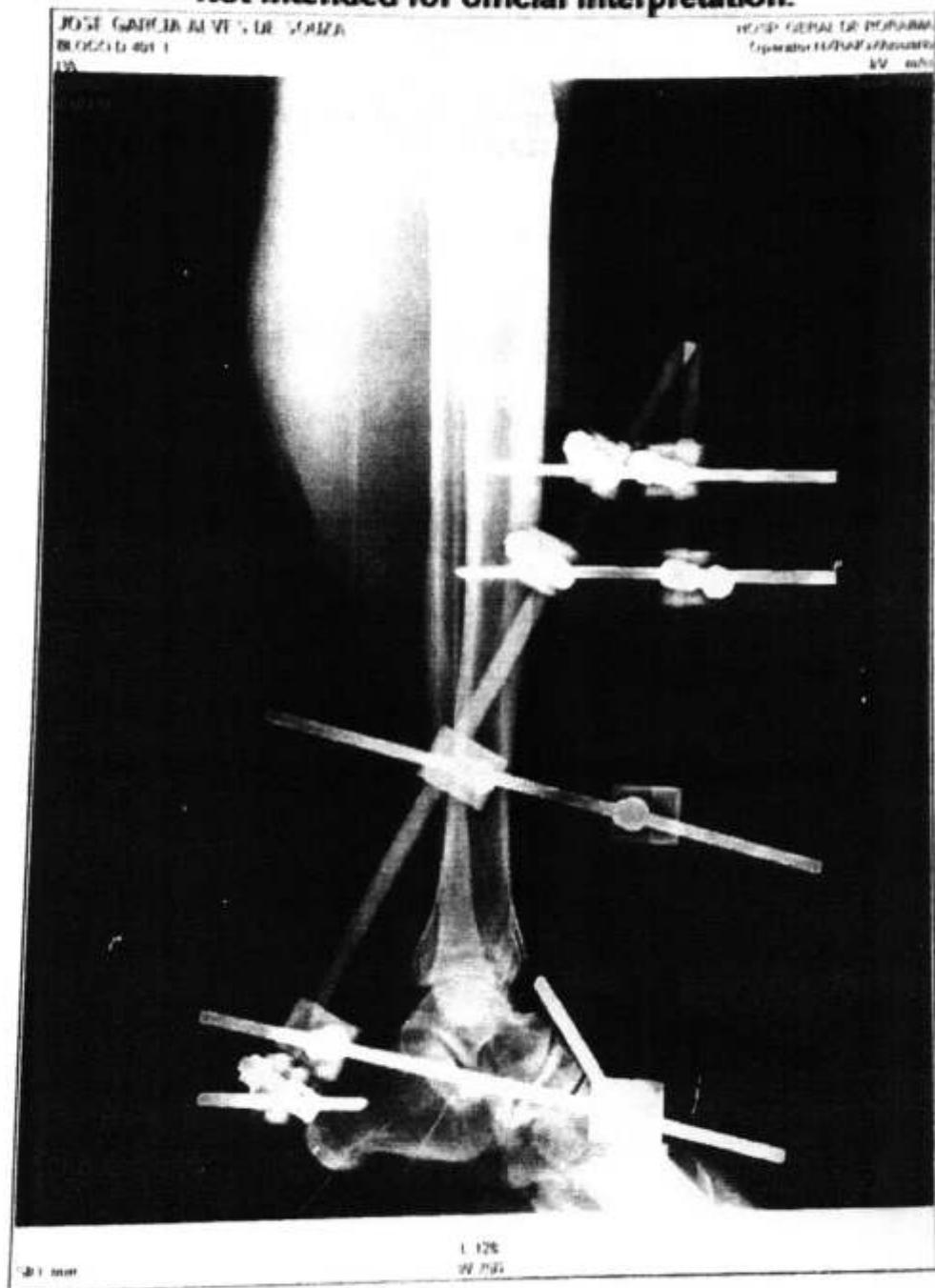
Elaborada: 02/2013 Atualizada: 12/2018

HGR - Unite Grecia

Lendo: 904-1
Data: 06/08/10

Localização		Região: <i>MIO</i>		Região:
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro: _____	Grau: I () II () II ()	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro: _____	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Eritacelos () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Necrose: Amarela/Negra () Eritacelos () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
Tipo de Exsudato	() Outro:	() Outro:	() Outro:	() Outro:
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <i>Colagenase/Fibrinase</i>	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<i>Bruno S. Pereira Técnico Enfermeiro CORPO DE BOMBEIROS São Paulo/SP</i>	<i>Berenice Santa Carlos Enfermeira CORPO DE BOMBEIROS São Paulo/SP</i>		
Observações:				

Audi & Sonnenstern

Not intended for official interpretation.

Not intended for official interpretation.

JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA
BLOCO D 401.1
10)

HOSP. GERAL DE PORTO ALEGRE
Operário FURNAS/ACIDENTE
14 MAI



R: 1000

L: 128

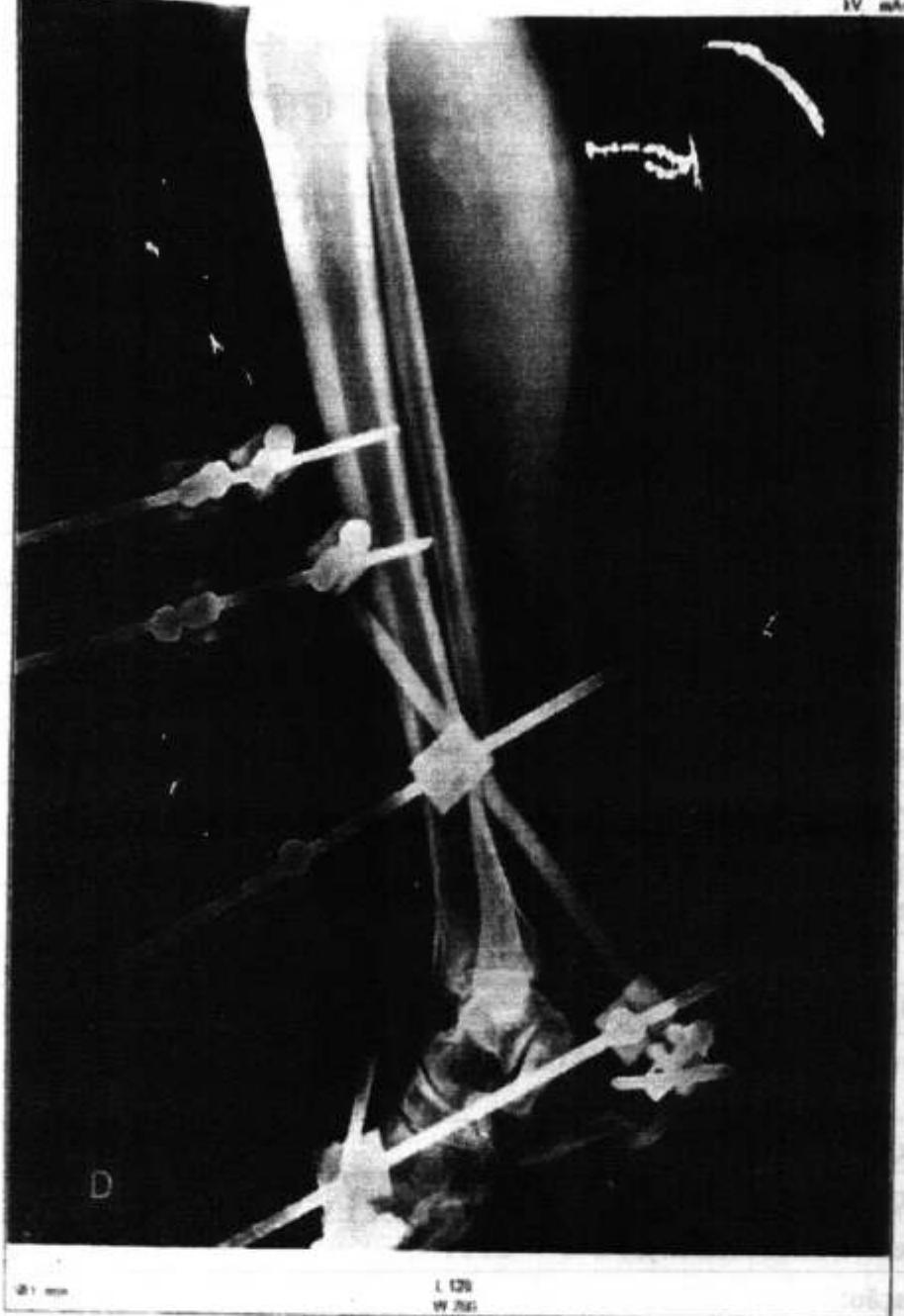
W: 74

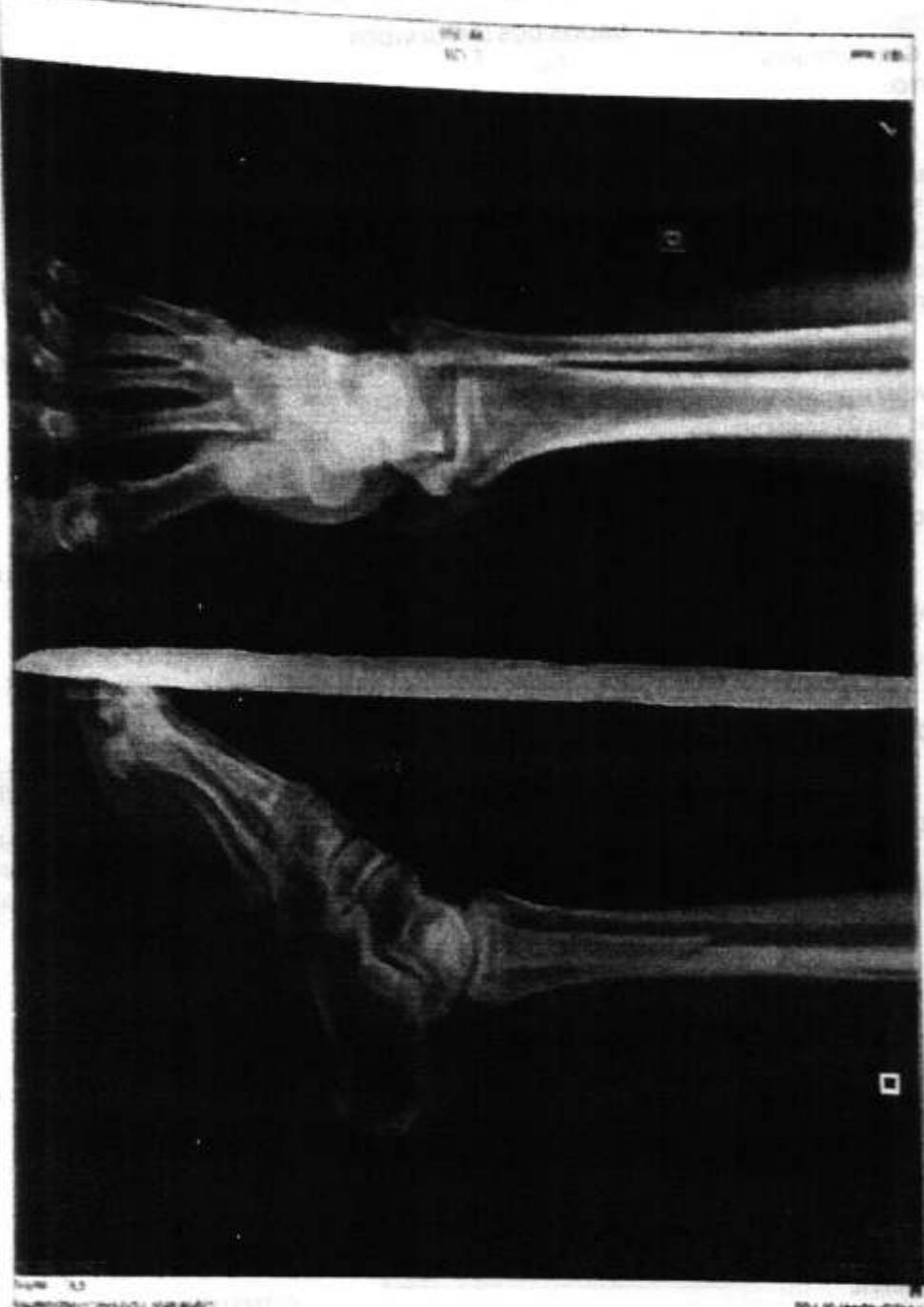
Not Intended for official Interpretation.

JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA
BLOC D 401-01

HOSP. GERAL DE PIRAPAMA
Operador HUMANO/Assistente
IV mAs

M



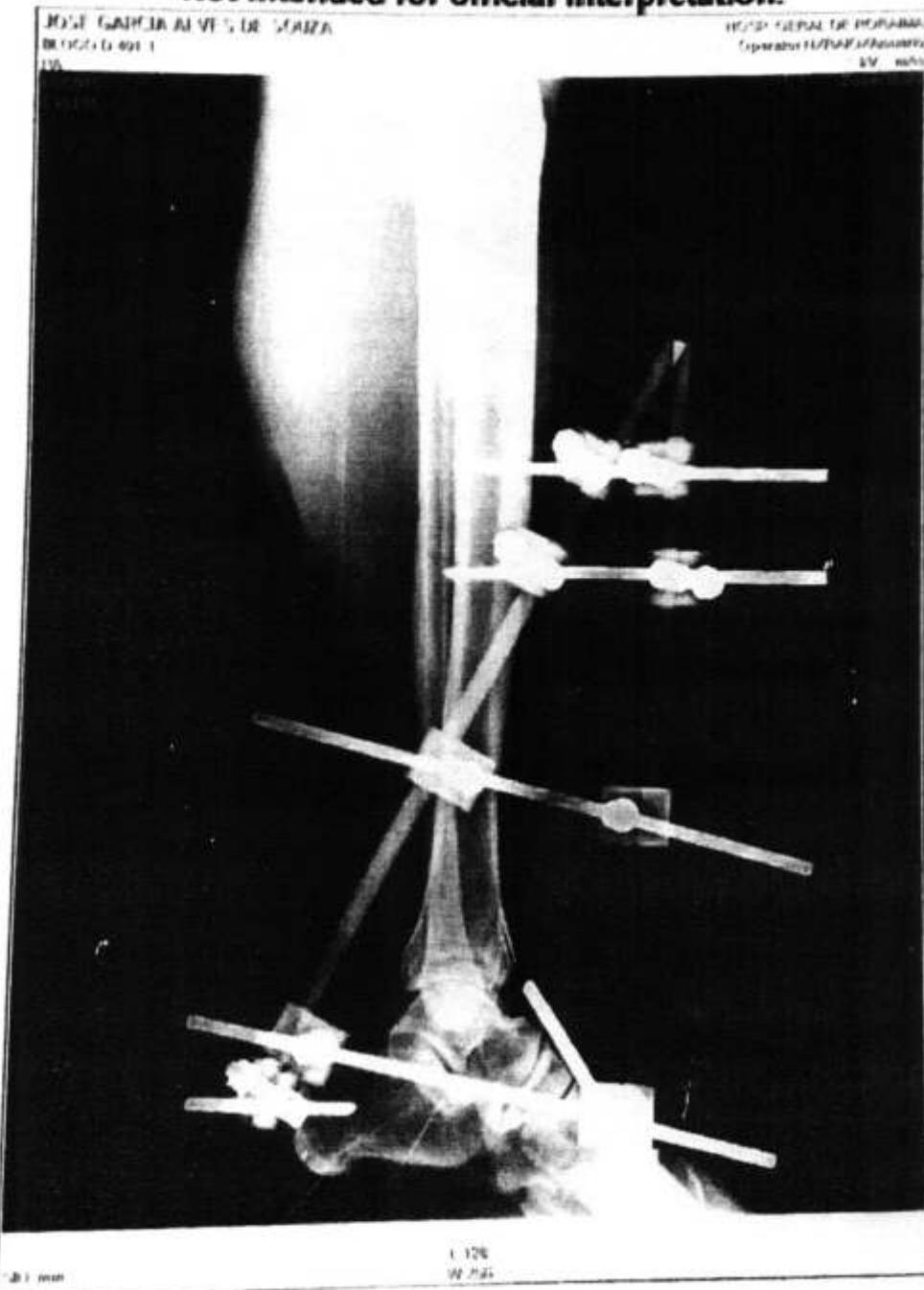


Not intended for official interpretation

JOSE GABRIEL ALVES DE SOUSA
MESTRE DE ENFERMAGEM

[Handwritten signature]

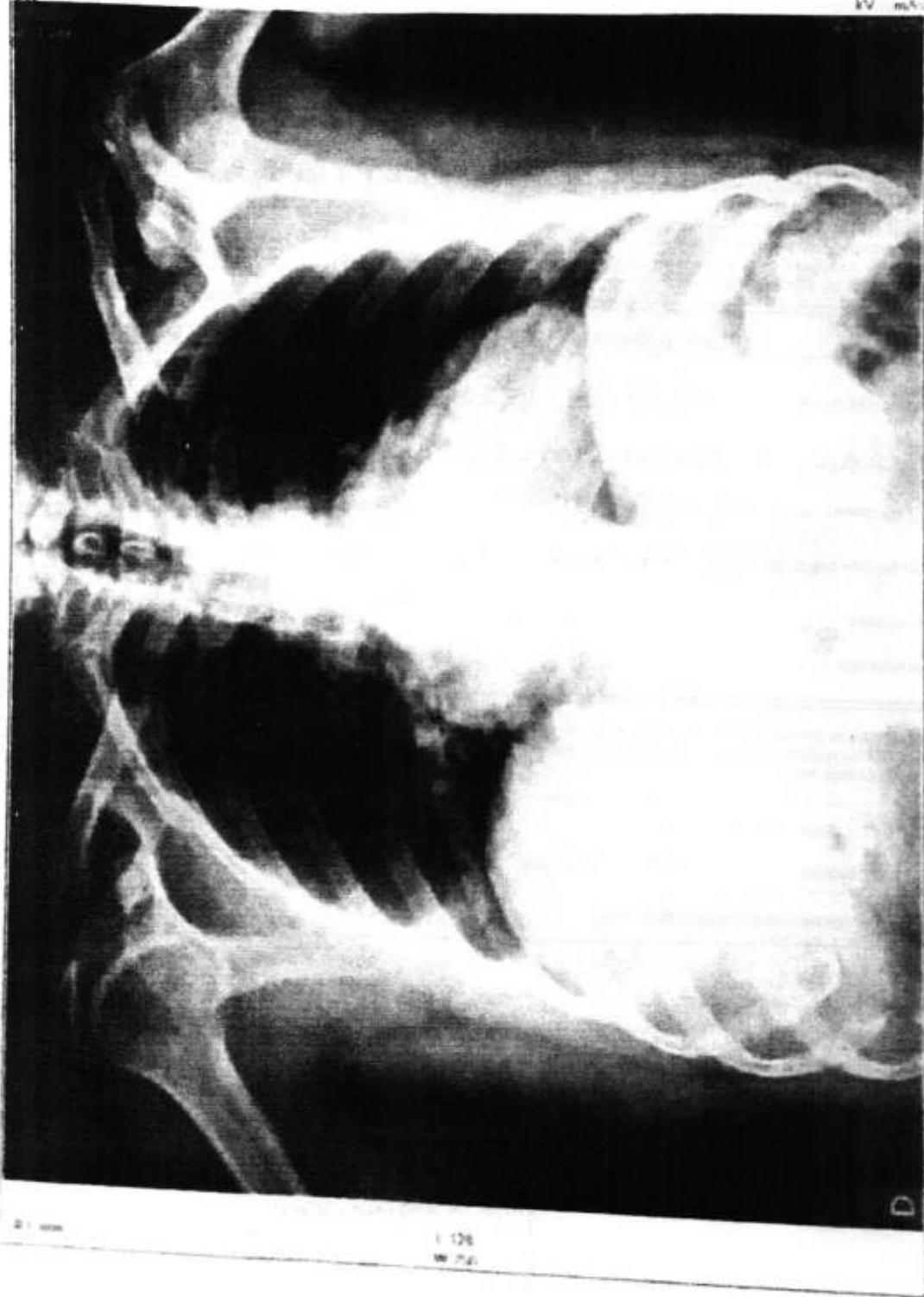
Not intended for official interpretation.



Not intended for official interpretation.

JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA
BLOCO 0401-1

HUSSA - DEPARTAMENTO
FEDERATIVO FUTURO/FUNDEH
XV - m-



DRTB

Pragmatische Arbeit
Autonomierung der Tiere
an TNZ(D)

Leben am Platz bleiben

Praktik am TNZ(D)

Praktik am TNZ(D)

Dr. Marcus Brügger
Arbeitskreis
Orthopädische Traumatologie
CHU Zürich



Data: 3/5/19

GS _____

José Garcia Filho
00 Souto

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

INFORMAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIAO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTA:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

FIM:

DURAÇÃO:

Pedro
Pedro

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- O paciente em DDT sob sedanofax.
① Preparo e Anticoag.
- ② Colocação do campo estéril + 20L de sangue.
③ Fixação de fáscia e refeição com
jato de Shantz, tipo delta com controle
radioscópico.
- ④ Sutura com vicryl 2.0
- ⑤ Curativo
- ⑥ RPA
- sob orientações do Dr. Vilém

Dr. Augusto Verificante
Radiólogo de Emergência
Ortopedista e Traumatologista
Craiova - MG 15/04



ESTUDO DE POPULAÇÕES
CULTURAIS E CULTURAIS DE UMA VILA
ESTUDO DA DIVERSIFICAÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Residencia/Clinicos:	Hospital de Araraquara	Especialidade:	Ortopedia	Procedimento/Servico:	Fixação Externa de Pão
Nome do Paciente:	José Garcia Alves de Souza		Data de Procedimento:	1908143776	W-14
Direito:	Enfermagem	Letras:	Data da Saida:		03/08/19

2013 RELEASE UNDER E.O. 14176 - 202613059

Resumo dos materiais/Sumário

Hospital Cervi de Barajas (X) | Empresa A | Unidad Admisiones

ITEM	DETALHAG DO ITEM	UNID.	QUANT.	MARCA
	Lote: D10455 - PEND: P08 S 200 NESTLE DE FICACAO OSSPA SAPOROS - LARSPX TIBIA/TFMULR F 100 - VETEXTR Data: 18/01/2019 - Val: 01/2024 Registro Anvisa N° 500016550151 Material AGO ENROLAMENTO	01	01	
	Lote: GWherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.823/0001-03 - Rua Claro / SP Tel: +55 19 3236-1416 info@gwherme.com.br			
2	Lote: D10715 - Penda - AE355 680 - PEND ENROLAMENTO OSSPA - K X CX 4,5 X 200 X T	02	02	
	Data: 01/01/2019 - Val: 01/2024 Registro Anvisa N° 500016550025 Material AGO ENROLAMENTO			
	Lote: GWherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.823/0001-03 - Rua Claro / SP Tel: +55 19 3236-1416 info@gwherme.com.br			

Edição digital: Rogerio Dias

29 AUGUSTA: Reg. Pablo

ESTRIDIOL 17 β -D₃

ANSWERING YOUR QUESTIONS

Dr. AUGUSTO GARCIA
MÉDICO DE LA
ONCEPTE
C. 1933



GOVERNOR ROBERT W. BROWN

FICHA DE ANESTESIA

JOSÉ ENRÍQUE PIRES DE SOUZA

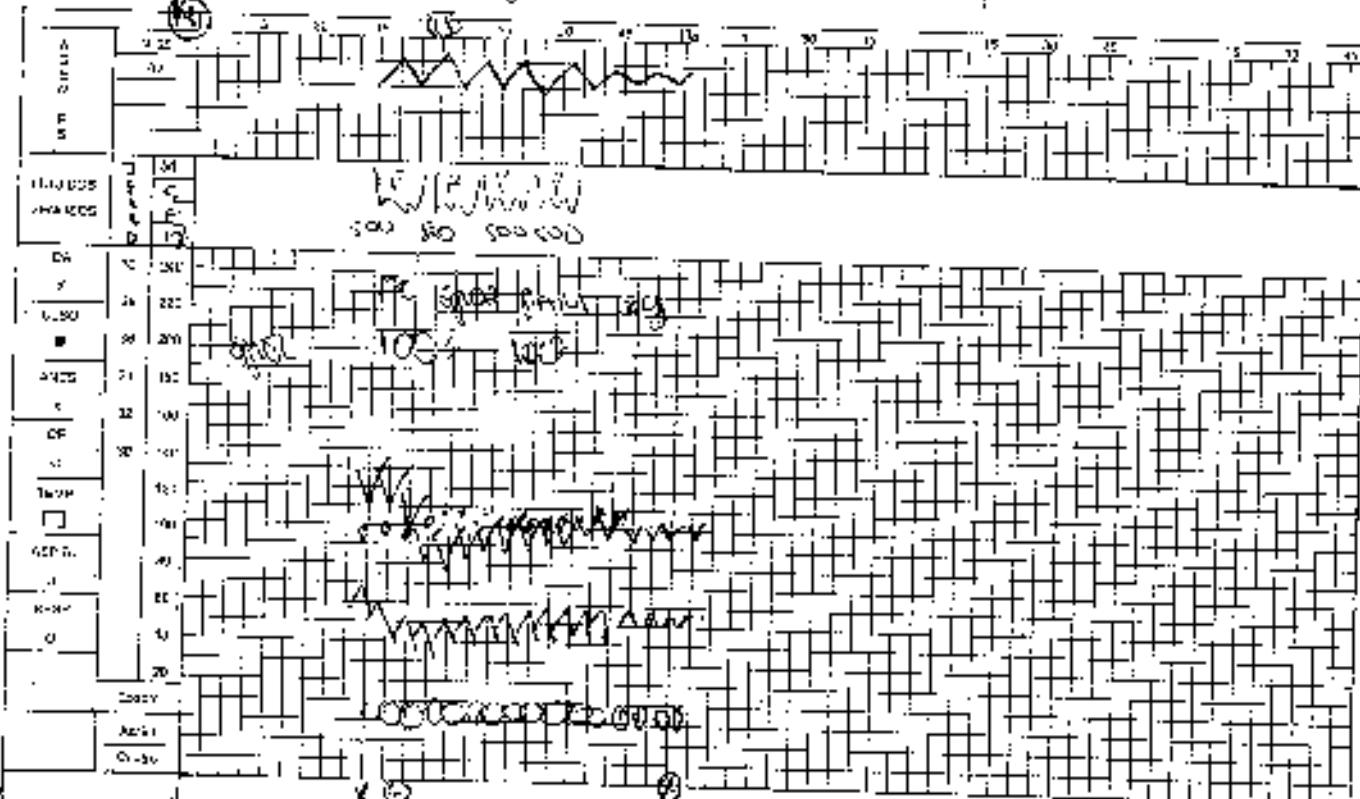
03/08/14

PRE-MEDICATION: DURING CONVERSATION

- minimałom i g. ④
 - Rendytji w g. ⑤

14

BUB-4



340

上

Page 38

24. *Leptothrix* a *leptothrix* 10
bambu L. 2.4 Abun 253
long. 0,7 mm. 2,5% (1000)

~~SC - 0.9 ~ 30000~~ ~~TELEGRAMS~~ ~~2/1/2009~~

REDO REDO REDO REDO REDO

Copyright © 2003 by Pearson Education, Inc., publishing as Pearson Addison Wesley.

[View all products](#) [View all brands](#) [View all categories](#)

RECEIVED
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
U. S. DEPARTMENT OF JUSTICE

— — — — —

[View Details](#)

U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE: 1913. 10-1250

26. ~~1995~~ ~~1996~~ ~~1997~~ ~~1998~~ ~~1999~~ ~~2000~~

BEST-PRATICAS - BLOCO 1

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS AB/CID/E/F

Data:	Data:	Enfermagem:	Lote:			
Nome Completo:	Ex. Ana Lívia de Souza	Habilitação:	Lote: 023-10			
Habilidades Diagnósticas:	Habilitar MJD e fazer desferreto					
Instrumento ou Precaução:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Padrão	<input type="checkbox"/> Contato			
Alergias:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Goticas - excesso			
Necessidade de Interpretação:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qualidade:			
Possui acompanhante:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Cba:			
Desembalado:	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sem desembalagem	<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Pratico	<input type="checkbox"/> Comprometido/complexeado
SISTEMA NEUROLOGICO						
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	SISTEMA CARDIOCIRCULATÓRIO			
<input checked="" type="checkbox"/> Sadio	<input checked="" type="checkbox"/> Horário	<input type="checkbox"/> Comotoma	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Desaceleração	BC:
<input checked="" type="checkbox"/> Agitado	<input checked="" type="checkbox"/> Reage a estímulos	<input type="checkbox"/> NRR (reage)	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Hipotensão	Pulse:
PUPILAS						
<input checked="" type="checkbox"/> Pterorrágica	<input checked="" type="checkbox"/> Midílicas	<input type="checkbox"/> Midriáticas	<input type="checkbox"/> IVD	<input type="checkbox"/> IAS/ISOF	<input type="checkbox"/> STT	<input type="checkbox"/> ANP
<input checked="" type="checkbox"/> Isocárticas	<input checked="" type="checkbox"/> Anisocárticas	<input type="checkbox"/> Não reagentes	Acção da dilatação:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Absente	<input type="checkbox"/> Colabomia
<input checked="" type="checkbox"/> Alucin.	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotônico	<input type="checkbox"/> Hipertônico	Tono:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Clávica	<input type="checkbox"/> Colapso
<input checked="" type="checkbox"/> Febre	<input checked="" type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Fiebre	Flecos:	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Absente	<input type="checkbox"/> Viscera
<input checked="" type="checkbox"/> Hipertermia	REGULAÇÃO TERMICA					
<input checked="" type="checkbox"/> Tachicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Descoloração	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Normotensão	<input type="checkbox"/> Vaso seco	<input type="checkbox"/> Gesso	<input type="checkbox"/> RIA-HA
<input checked="" type="checkbox"/> Normonorma	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocerasia	<input type="checkbox"/> Hipercorada	<input type="checkbox"/> Achete	<input type="checkbox"/> Marca	<input type="checkbox"/> Hidratação	
<input checked="" type="checkbox"/> Análisis	<input checked="" type="checkbox"/> Letárgica	<input type="checkbox"/> Cardíaco	Bulbos ricos na ureia:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Adanálisis	<input checked="" type="checkbox"/> Edema Local:	<input type="checkbox"/> Cardíaco	Visceral negativo:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Frio	<input type="checkbox"/> NDA
Jaca por pressão:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia	<input type="checkbox"/> ISND	<input type="checkbox"/> Arredia	<input type="checkbox"/> Ulgência
Região:	<input type="checkbox"/> Abdominal	<input type="checkbox"/> Genital	<input type="checkbox"/> Peritoneo	<input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> Colônia	<input type="checkbox"/> Hemorragia
Curativo realizado:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Oftalmia	<input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> Infecção contínua	<input type="checkbox"/> Urcopon
SISTEMA RESPIRATÓRIO						
<input checked="" type="checkbox"/> Expiratória	<input checked="" type="checkbox"/> Bradiptoleo	<input type="checkbox"/> Hipodipneia	<input type="checkbox"/> Respiração	<input type="checkbox"/> Ausculta:	<input type="checkbox"/> Ausculta:	<input type="checkbox"/> Traqueostomia
<input checked="" type="checkbox"/> Expiratória	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual:	<input type="checkbox"/> Ausculta:	<input type="checkbox"/> Ausculta:	
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/URILSES E PRÓTESES						
Cateter Periférico:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Alto	Local:	M.S.D	Último:	07/08/10
Cateter Central:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Baixo	Local:		Ocurreu infecção:	
Sinal de infecção no sítio da punção:				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Sondas:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SOD	<input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> ISUD	<input type="checkbox"/> STT
Drenos:					<input type="checkbox"/> Levego	<input type="checkbox"/> Síntese
Cateter Vascular:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao	Aspecto da secreção:		Cuticuladas:	
Próteses:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao	Data da instalação:		Ocorreu:	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM						
<input checked="" type="checkbox"/> Deglutição Frequentação	<input type="checkbox"/> Padria respiratória ineficaz	<input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão				
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de Queratas				
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input type="checkbox"/> Motilitade lírica prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de Urinoses atropéni				
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de hidratação instável	<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicado	<input type="checkbox"/> Risco de infecção por bactérias prejudicadas				
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio no volume	<input type="checkbox"/> Risco de ecos equilíbrio com temperatura corporal	<input type="checkbox"/> Risco de infecção por vírus				
<input checked="" type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Ausculta de sons prejudicados	<input type="checkbox"/> Risco de infecção por fungos				
<input checked="" type="checkbox"/> Volume de líquidos excedente	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para higiene	<input type="checkbox"/> Comunicação deficitaria				
Escala de Morse						
1. -Distúrbio de Oxigênio	4. Tensão Endovenosa/Dispositivo salinoada					
Não	<input type="checkbox"/> Não					
Sim	<input type="checkbox"/> Sim					
2. Diagnóstico Sero-negativo	5. Motilitade lírica					
Não	<input type="checkbox"/> Normal/Alta/Atenida					
Sim	<input type="checkbox"/> Falsa					
3. Auxílio na Desambulação	6. Estado Mental					
Nenhuma/Auxílio/Jurátilidade	<input type="checkbox"/> Confusão/Alerta/Combeleante					
Mulher/Bengala/Andador	<input type="checkbox"/> Deterioração/Intoxicação/alterações mentais	0				
Mobilidade Pendente	<input type="checkbox"/> Superestima capacidade/Exagero/Imitação	15				
TOTAL:	Risco Baixo: 0 - 24	Risco Médio: 25 - 44				
Prescrição para prevenção de alegria no verso						

*Curitiba - Paraná
ENGENHEIRO
COTRIBUÍDO 254-249*



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIAS

NOME DO PACIENTE	52	APT OU LEITO	NR DO PRONTUÁRIO	DATA	
<i>José Garcia Alves de Souza</i>			<i>1908845776</i>	<i>03/08/19</i>	
TIPO	CIRURGIA	TEMPO DE DURAÇÃO			
<i>Fixo 0000 Externo de Pitão</i>	"D"	INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		<i>14:50</i>	<i>15:48</i>		
CIRURGIÃO	Dr. Rogerio Dias	ANESTESISTA:	Dr. Fabiano		
AUXILIAR	Res. Pablo	RES. ANESTESIA:			
AUXILIAR	Res. Pedro / Res. Augusto	INSTRUMENTADOR:			
CIRCULANTE	<i>Souzas e Hilma</i>	TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
10	PAUS COMPRESSAS C/03 UNID.		10	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	<i>500ml</i>
4	PAOCOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
4	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
3	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VIGENYL N°	
3	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYL N° 2.0	
10	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA NF	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA NF	
	LÂMINA BISTURI N°			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENOS DE SUOÇÃO N°			FIO CATGUT CROMATO N°	
	DRENOS DE TORAX N°			FIO POLIENE N°	
	DRENOS DE PENROSE N°			FIO SETA N°	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
3	SERINGA 05ML			CHIA PISSO <i>caterer O2</i>	
5	SERINGA 05 ML			RESCATHETER N° 8	
3	SERINGA 10ML			GUARDANA AGULHA N° 10	
	SERINGA 20ML			GUARDANA AGULHA P/ roque	
				CHIA GARDENA ELETRICADA	
				OUTROS: <i>Brodure de cirurgia</i>	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA
E CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADORA(A)

FUNCIONÁRIO/CALCULOS

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

VALOR

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB- TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

401-1

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE: JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA		
DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D		
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	52	LEITO
ITEM	401-1	DATA
1	DIETA LIVRE	HORÁRIO
2	AVF	SND
3	CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	Manten.
4	TEENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N	S/N
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODC 6/6H S/N	S/N
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N	S/N
7	PLAS'L 10MG EV 2/8H S/N	S/N
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENS	S/N
9	SIMETOCONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	S/N
10	CUNDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6	S/N
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12	10/12/2019 2666
12	SSVV + COGG C/CH	08/2019
13	CURATIVO DIÁRIO	
14		
15		
16		
<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI EOL GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE ≥ 90% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MEDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LORE,
ACIANÓTICO, ANJETÉRICO, AFERRIL,
EUPNEICO, NORMOCORRADO,
HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	120/70	70	20
17-18 H	130/76	81	30
24 H	120/74	86	20 3567

Dr. Fernando Resende
 Médico Especialista Traumatologista
 CRM-RR

Q6 150/160 79-71 U 361

MANUALES DE ESTUDIO DE LA SUCURSAL

SENHOR MARIA DE FERREIRA DA SILVEIRA

PRACTICAL GEOLOGY

ANTRÄGE ODER ERKLÄRUNGEN DER DEUTSCHEN

卷之三

CONTROVÉRSIA SOBRE OS MÉTODOS DE RECOPILACIÓN DE DATOS EN LA INVESTIGACIÓN

OL DA EQUIPO MÉDICO COMUNICACIÓN
VERBALMENTES.COM & ECUPPE

SOCIETY FOR ASIAN STUDIES

THE JOURNAL OF NUCLEAR ENERGY
AND TECHNOLOGY

卷之三

REVIEW OF CRYPTOGENS OF THE PTEROPHORIDAE

MARCH 1952

卷之三

RIGHTS

NOTES ON OCEANIC MUSICAL INSTRUMENTS

卷之三

SISTEMA ALGORÍTMICO PARA RESOLVER

卷之三

THE PRACTICAL LAWYER

卷之三

REVIEWS OF BOOKS

卷四

104

卷之三

卷之三

Georgian Standard - 134 - 140

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

MGR

PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA		
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D		
ALERGIAS	HAS		DM2
IDADE	52	LEITO	401-1
ITEM			DATA
1	DIETA ORAL LIVRE		S/N
2	AVP		MANTO
3	CAPTOPRIL 25 MG VC SE FAS > 180 E OU PAO > 110 MMH IG		
4	TENOX-CAM 40MG 1 X AO DIA S/N		
5	DIFIRCNA 1G EV OU 500MG VO/DC 6/6H S/N		
6	OMEPRAZOL 40MG TV 1 X AO DIA S/N		S/N
7	PLASIL 10MG EV 6/6H S/N		
8	TRAMAL 100MG + SFC 8% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
9	ISIMETICONA 1 CH OU 40 GOTAS V.O 6/6 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 + CCCG 6/6H		LEITO
13	CURATIVO DIÁRIO		N/A
14			
15			
16			
SE DIABÉTICO CORRIGÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250, 2U; 251-300: 4U, 301-350: 6U; 351-400: 8U, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DS/ML, GLICOSE ≥ 30% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DE FATO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LGTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORDAD, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

6H	PA	FC	FR	
11.12 H	130/72	81	47	85.1
18 H	133/80	81	--	36.4
24 H	120/60	81	82	36.4

6H

Paciente e/queixas, afixo medicado qm, aferido
SSUV + colesterol e exames lab.

Exame Coletado:
TAC Fazendo-se
CORTE RA 60x302 TE
Cortado



Bloco D
Mesa 02

~~Hospital Geral de Roraima~~ 403

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Jeferson Carlos Alves de Souza		
AGNOSTICOS			
ALERGIAS		HAIS	NEGA
IDADE		DM2	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 1XDIÁ		
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 8/8 H		
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H		
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H		
12	S/SP Suspense		
13	Gantosiloxano 240mg EV 1x por dia		
14			
15			
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG		
17	SSVV + CCGC 6/6 H		
18	CURATIVO DIÁRIO		
19			
20			
21			

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-260: ZUI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE S/SC
DUMIL, GLICOSE 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

Evolução médica:

NENHUM FACIENTE DE TADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICRÉTICO, ÁFEBRIL, EUPNÉTICO,

NOINMOCORADO, HIDRATADO,

SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PRÉVISÃO DE ENTA:

SINAIS VITAIS				MÉDICO RESIDENTE
6 H	PA	FC	FR	ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA
12 H				
18 H				
24 H	124 X 106		36,5	
6 H	130/84 95		36,5	

18/10 PA = 127X93 P: 112 T = 36,5°C

T - 50h

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR

Tratamento de Feridas -
HGR

Paciente: JOSÉ GARCIA
Leito: 404-1

Versão:08
Data: 06/08/19

Protocolo nº 1
Elaborada: 02/2013
Atualizada: 12/2018

Localização			Região <u>MIO</u>	
Erteologia	<input checked="" type="checkbox"/> ICP: II III IV <input type="checkbox"/> Queratiniza <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Fracção <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:		<input checked="" type="checkbox"/> Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input checked="" type="checkbox"/> IIP <input type="checkbox"/> IIIP <input type="checkbox"/> IVP <input type="checkbox"/> Queratiniza <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Tenzão: <input type="checkbox"/> Fracção <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Choro:	
Aparência:	<input checked="" type="checkbox"/> Nossafer Amarela/Neutra <input type="checkbox"/> Escurec <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Drenos Sóveis <input type="checkbox"/> Outros		<input checked="" type="checkbox"/> Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input checked="" type="checkbox"/> IIP <input type="checkbox"/> IIIP <input type="checkbox"/> IVP <input type="checkbox"/> Queratiniza <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Tenzão: <input type="checkbox"/> Fracção <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Choro:	
Teto	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Extrema / Rúbor <input type="checkbox"/> Outro:		<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Extrema / Rúbor <input type="checkbox"/> Outro:	
Pele Perifisional				
Uso de Esquadro	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sangüinolento <input type="checkbox"/> Serosangüinoso <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sangüinolento <input type="checkbox"/> Serosangüinoso <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	
Quantidade de Líquido	<input checked="" type="checkbox"/> Nulo <input type="checkbox"/> Soco		<input type="checkbox"/> Nullo <input type="checkbox"/> Soco	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorhexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	
Cobertura	<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: <input checked="" type="checkbox"/> Atex		<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:	 DR. RENATO S. P. GARCIA Renato S. P. Garcia M.D., M.Sc., Ph.D. MSc, PhD			
Observações:				

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Vídeo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR
Leitor: LGL.1

Pacientes: José Genival Oliveira
Data: 08 / 08 / 19

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Localização	Região: M. I, D.	Região: I () II ()
Etiologia	() Lesão: II-III V ^o () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: Tração — Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	() Lesão: II-III V ^o () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: Tração — Fixador Externo () Ortopedia () Outro:
Aparência do lesão	() Necrose: Amarela/Preta () Esfacelado () Granulação () Epitelização () Feida fechada () Drenos/ Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Preta () Esfacelado () Granulação () Epitelização () Feida fechada () Drenos/ Sonda () Outros
Pele Perilesional	() Seca () Molhada () Úmida / Rubor () Outro:	() Normal () Macerada () Seca () Úmida / Rubor () Outro:
Tipo de Lissocutan	() Paricetico () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:
Quanidade de exsudato	() Molhado () Seco	() Molhado () Seco
Solução de limpeza	() Sais Fisiológicos 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Sais Fisiológicos 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrina () Sustentação da Pele () Iodoform () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrina () Sustentação da Pele () Iodoform () Outro:
Troca	() 2/2/2 () Diferença () <84/85	() 12/12 () Diferença () >84/85
Profissional que realizou procedimento:	Juciene Moreira Auxiliar de Enfermagem COPLEHER 485.014	
Observações:		

Block D

403-3
out 2019

403-1

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA			
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	52	LEITO	401-1 DATA 04/08/2019
ITEM			HORÁRIO
1	D.FTA ORAL LIVRI		5/08
2	AVP		Lanche
3	CAPTOFENIL 25 mg VO SE HAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		5/08
4	TEODICAM 40MG 1X AO DIA S/N		SIN
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODI 6/CH S/N		12/16/2006
6	OMEPRAZOL 40MG FV 1X AO DIA S/N		6/08
7	PLASIL 10MG EV 8/011 S/N		S/N
8	TRAMA 80MG + SFN,9% 100ML I.V DE 8/8H SE DOR INTENSA		3/08
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 COTAS VLO 8/8 HRS S/N		14/22/2006
10	CUNDAMICINA 500 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6		22/22/2006
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12		Supperno
12	SSVV 1 COGG 6/CH		12/16/2006
13	CURATIVO DIÁRIO		Lanche
14			
15			
16			
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME PROCEDIMENTO: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI ≥ 400: 10 UI E QL/751 GICOSE ≤ 70 DM/ML, GICOSE ≥ 20% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE É DEITADO NO
LITIO, ATIVO, RÉTATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE,
ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL,
EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SIM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				Dr. Renan Rezende Médico de Plantão
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140X80	82	-	36
18 H	150X90	84	-	36
24 H	130X70	78	12 respir	35

OGL 460170 89 Peso: 36,1°C

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

HGR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA		
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	52	LEITO	401-1
		DATA	09/08/2019
ITEM	HORARIO		
1	DIETA LIVRE		
2	AVP		
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 150 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 2CP 300MG VO 6/6		
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12		
12	SSVV + CCGG 6/6H		
13	CURATIVO DIÁRIO		
14			
15			
16	<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI. 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QUANDO GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, 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			
18 H			
24 H			

400-500-600-700-800-900-1000-1100-1200-1300-1400-1500-1600-1700-1800-1900-2000-2100-2200-2300-2400-2500-2600-2700-2800-2900-3000-3100-3200-3300-3400-3500-3600-3700-3800-3900-4000-4100-4200-4300-4400-4500-4600-4700-4800-4900-5000-5100-5200-5300-5400-5500-5600-5700-5800-5900-6000-6100-6200-6300-6400-6500-6600-6700-6800-6900-7000-7100-7200-7300-7400-7500-7600-7700-7800-7900-8000-8100-8200-8300-8400-8500-8600-8700-8800-8900-9000-9100-9200-9300-9400-9500-9600-9700-9800-9900-10000-10100-10200-10300-10400-10500-10600-10700-10800-10900-11000-11100-11200-11300-11400-11500-11600-11700-11800-11900-12000-12100-12200-12300-12400-12500-12600-12700-12800-12900-13000-13100-13200-13300-13400-13500-13600-13700-13800-13900-14000-14100-14200-14300-14400-14500-14600-14700-14800-14900-15000-15100-15200-15300-15400-15500-15600-15700-15800-15900-16000-16100-16200-16300-16400-16500-16600-16700-16800-16900-17000-17100-17200-17300-17400-17500-17600-17700-17800-17900-18000-18100-18200-18300-18400-18500-18600-18700-18800-18900-19000-19100-19200-19300-19400-19500-19600-19700-19800-19900-20000-20100-20200-20300-20400-20500-20600-20700-20800-20900-21000-21100-21200-21300-21400-21500-21600-21700-21800-21900-22000-22100-22200-22300-22400-22500-22600-22700-22800-22900-23000-23100-23200-23300-23400-23500-23600-23700-23800-23900-24000-24100-24200-24300-24400-24500-24600-24700-24800-24900-25000-25100-25200-25300-25400-25500-25600-25700-25800-25900-26000-26100-26200-26300-26400-26500-26600-26700-26800-26900-27000-27100-27200-27300-27400-27500-27600-27700-27800-27900-28000-28100-28200-28300-28400-28500-28600-28700-28800-28900-29000-29100-29200-29300-29400-29500-29600-29700-29800-29900-30000-30100-30200-30300-30400-30500-30600-30700-30800-30900-31000-31100-31200-31300-31400-31500-31600-31700-31800-31900-32000-32100-32200-32300-32400-32500-32600-32700-32800-32900-33000-33100-33200-33300-33400-33500-33600-33700-33800-33900-34000-34100-34200-34300-34400-34500-34600-34700-34800-34900-35000-35100-35200-35300-35400-35500-35600-35700-35800-35900-36000-36100-36200-36300-36400-36500-36600-36700-36800-36900-37000-37100-37200-37300-37400-37500-37600-37700-37800-37900-38000-38100-38200-38300-38400-38500-38600-38700-38800-38900-39000-39100-39200-39300-39400-39500-39600-39700-39800-39900-40000-40100-40200-40300-40400-40500-40600-40700-40800-40900-41000-41100-41200-41300-41400-41500-41600-41700-41800-41900-42000-42100-42200-42300-42400-42500-42600-42700-42800-42900-43000-43100-43200-43300-43400-43500-43600-43700-43800-43900-44000-44100-44200-44300-44400-44500-44600-44700-44800-44900-45000-45100-45200-45300-45400-45500-45600-45700-45800-45900-46000-46100-46200-46300-46400-46500-46600-46700-46800-46900-47000-47100-47200-47300-47400-47500-47600-47700-47800-47900-48000-48100-48200-48300-48400-48500-48600-48700-48800-48900-49000-49100-49200-49300-49400-49500-49600-49700-49800-49900-50000-50100-50200-50300-50400-50500-50600-50700-50800-50900-51000-51100-51200-51300-51400-51500-51600-51700-51800-51900-52000-52100-52200-52300-52400-52500-52600-52700-52800-52900-53000-53100-53200-53300-53400-53500-53600-53700-53800-53900-54000-54100-54200-54300-54400-54500-54600-54700-54800-54900-55000-55100-55200-55300-55400-55500-55600-55700-55800-55900-56000-56100-56200-56300-56400-56500-56600-56700-56800-56900-56000-56100-56200-56300-56400-56500-56600-56700-56800-56900-57000-57100-57200-57300-57400-57500-57600-57700-57800-57900-57000-57100-57200-57300-57400-57500-57600-57700-57800-57900-58000-58100-58200-58300-58400-58500-58600-58700-58800-58900-58000-58100-58200-58300-58400-58500-58600-58700-58800-58900-59000-59100-59200-59300-59400-59500-59600-59700-59800-59900-59000-59100-59200-59300-59400-59500-59600-59700-59800-59900-60000-60100-60200-60300-60400-60500-60600-60700-60800-60900-60000-60100-60200-60300-60400-60500-60600-60700-60800-60900-61000-61100-61200-61300-61400-61500-61600-61700-61800-61900-61000-61100-61200-61300-61400-61500-61600-61700-61800-61900-62000-62100-62200-62300-62400-62500-62600-62700-62800-62900-62000-62100-62200-62300-62400-62500-62600-62700-62800-62900-63000-63100-63200-63300-63400-63500-63600-63700-63800-63900-63000-63100-63200-63300-63400-63500-63600-63700-63800-63900-64000-64100-64200-64300-64400-64500-64600-64700-64800-64900-64000-64100-64200-64300-64400-64500-64600-64700-64800-64900-65000-65100-65200-65300-65400-65500-65600-65700-65800-65900-65000-65100-65200-65300-65400-65500-65600-65700-65800-65900-66000-66100-66200-66300-66400-66500-66600-66700-66800-66900-66000-66100-66200-66300-66400-66500-66600-66700-66800-66900-67000-67100-67200-67300-67400-67500-67600-67700-67800-67900-67000-67100-67200-67300-67400-67500-67600-67700-67800-67900-68000-68100-68200-68300-68400-68500-68600-68700-68800-68900-68000-68100-68200-68300-68400-68500-68600-68700-68800-68900-69000-69100-69200-69300-69400-69500-69600-69700-69800-69900-69000-69100-69200-69300-69400-69500-69600-69700-69800-69900-70000-70100-70200-70300-70400-70500-70600-70700-70800-70900-70000-70100-70200-70300-70400-70500-70600-70700-70800-70900-71000-71100-71200-71300-71400-71500-71600-71700-71800-71900-71000-71100-71200-71300-71400-71500-71600-71700-71800-71900-72000-72100-72200-72300-72400-72500-72600-72700-72800-72900-72000-72100-72200-72300-72400-72500-72600-72700-72800-72900-73000-73100-73200-73300-73400-73500-73600-73700-73800-73900-73000-73100-73200-73300-73400-73500-73600-73700-73800-73900-74000-74100-74200-74300-74400-74500-74600-74700-74800-74900-74000-74100-74200-74300-74400-74500-74600-74700-74800-74900-75000-75100-75200-75300-75400-75500-75600-75700-75800-75900-75000-75100-75200-75300-75400-75500-75600-75700-75800-75900-76000-76100-76200-76300-76400-76500-76600-76700-76800-76900-76000-76100-76200-76300-76400-76500-76600-76700-76800-76900-77000-77100-77200-77300-77400-77500-77600-77700-77800-77900-77000-77100-77200-77300-77400-77500-77600-77700-77800-77900-78000-78100-78200-78300-78400-78500-78600-78700-78800-78900-78000-78100-78200-78300-78400-78500-78600-78700-78800-78900-79000-79100-79200-79300-79400-79500-79600-79700-79800-79900-79000-79100-79200-79300-79400-79500-79600-79700-79800-79900-80000-80100-80200-80300-80400-80500-80600-80700-80800-80900-80000-80100-80200-80300-80400-80500-80600-80700-80800-80900-81000-81100-81200-81300-81400-81500-81600-81700-81800-81900-81000-81100-81200-81300-81400-81500-81600-81700-81800-81900-82000-82100-82200-82300-82400-82500-82600-82700-82800-82900-82000-82100-82200-82300-82400-82500-82600-82700-82800-82900-83000-83100-83200-83300-83400-83500-83600-83700-83800-83900-83000-83100-83200-83300-83400-83500-83600-83700-83800-83900-84000-84100-84200-84300-84400-84500-84600-84700-84800-84900-84000-84100-84200-84300-84400-84500-84600-84700-84800-84900-85000-85100-85200-85300-85400-85500-85600-85700-85800-85900-85000-85100-85200-85300-85400-85500-85600-85700-85800-85900-86000-86100-86200-86300-86400-86500-86600-86700-86800-86900-86000-86100-86200-86300-86400-86500-86600-86700-86800-86900-87000-87100-87200-87300-87400-87500-87600-87700-87800-87900-87000-87100-87200-87300-87400-87500-87600-87700-87800-87900-88000-88100-88200-88300-88400-88500-88600-88700-88800-88900-88000-88100-88200-88300-88400-88500-88600-88700-88800-88900-89000-89100-89200-89300-89400-89500-89600-89700-89800-89900-89000-89100-89200-89300-89400-89500-89600-89700-89800-89900-90000-90100-90200-90300-90400-90500-90600-90700-90800-90900-90000-90100-90200-90300-90400-90500-90600-90700-90800-90900-91000-91100-91200-91300-91400-91500-91600-91700-91800-91900-91000-91100-91200-91300-91400-91500-91600-91700-91800-91900-92000-92100-92200-92300-92400-92500-92600-92700-92800-92900-92000-92100-92200-92300-92400-92500-92600-92700-92800-92900-93000-93100-93200-93300-93400-93500-93600-93700-93800-93900-93000-93100-93200-93300-93400-93500-93600-93700-93800-93900-94000-94100-94200-94300-94400-94500-94600-94700-94800-94900-94000-94100-94200-94300-94400-94500-94600-94700-94800-94900-95000-95100-95200-95300-95400-95500-95600-95700-95800-95900-95000-95100-95200-95300-95400-95500-95600-95700-95800-95900-96000-96100-96200-96300-96400-96500-96600-96700-96800-96900-96000-96100-96200-96300-96400-96500-96600-96700-96800-96900-97000-97100-97200-97300-97400-97500-97600-97700-97800-97900-97000-97100-97200-97300-97400-97500-97600-97700-97800-97900-98000-98100-98200-98300-98400-98500-98600-98700-98800-98900-98000-98100-98200-98300-98400-98500-98600-98700-98800-98900-99000-99100-99200-99300-99400-99500-99600-99700-99800-99900-99000-99100-99200-99300-99400-99500-99600-99700-99800-99900-100000-100100-100200-100300-100400-100500-100600-100700-100800-100900-100000-100100-100200-100300-100400-100500-100600-100700-100800-100900-101000-101100-101200-101300-101400-101500-101600-101700-101800-101900-101000-101100-101200-101300-101400-101500-101600-101700-101800-101900-102000-102100-102200-102300-102400-102500-102600-102700-102800-102900-102000-102100-102200-102300-102400-102500-102600-102700-102800-102900-103000-103100-103200-103300-103400-103500-103600-103700-103800-103900-103000-103100-103200-103300-103400-103500-103600-103700-103800-103900-104000-104100-104200-104300-104400-104500-104600-104700-104800-104900-104000-104100-104200-104300-104400-104500-104600-104700-104800-104900-105000-105100-105200-105300-105400-105500-105600-105700-105800-105900-105000-105100-105200-105300-105400-105500-105600-105700-105800-105900-106000-106100-106200-106300-106400-106500-106600-106700-106800-106900-106000-106100-106200-106300-106400-106500-106600-106700-106800-106900-107000-107100-107200-107300-107400-107500-107600-107700-107800-107900-107000-107100-107200-107300-107400-107500-107600-107700-107800-107900-1080

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	
IDADE	62	LEITO	401-1
ITEM		DATA	09/08/2019
1	DIETA ORAL LIVRE		SIN
2	AVP		MAMILL
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MM/HG		
4	TFNOXICAM 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 + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8HRS S/N		
10	CUNDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 5/6		
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12		
12	SSVV + CCGG 8/8H		
13	CURATIVO DIÁRIO		
14	POLECAZI 1000 CM		
15			
16	PO - Contar		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DENTADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACANÓTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORRADO, HIDRATADO.

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITais			
6 H	PA	FC	FR
12 H	100/61	73	70 36,0
18 H	140/90	88	119 35,9
24 H	124/71	72	58 36,3

00 104/03 93 70 36,2

W. J. 2022/08/09
EM-AH 566

HOI - 1
dy
nove

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

MGR

PREScrição MEdICA

DATA DE ADMISSÃO

DJR

DN

PACIENTE JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA

DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

52

ITEM

LEITO

401-1

DATA

07/08/2019

1 DIETA LIVRE

HORÁRIO

2 AVP

SL

3 CAF TOPRI 25 mg VO SL PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

MAM

4 TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N

5 DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N

6 DMEPRAZOL 10MG EV 1 X AO DIA S/N

7 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

SL

8 TRAMAL 100MG + SFC 0% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

9 SIMETICONA : CP DJ 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 SEV + CCCG 8/8H

CP 24

13 CURATIVO DIÁRIO

PLAST

14

MA

15

16

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ENQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300; 4UI; 301-350; 6UI;
351-400; 8UI; 2 400; 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/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,
ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL,
EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO,

#PREVISÃO DE ALTA: STM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

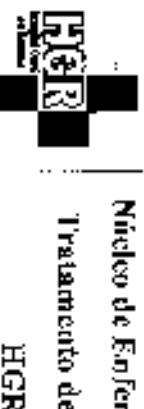
6 H	PA	FC	FR
12 H	140/83	84	17
16 H	132/79	80	18
24 H	125/77	90	19

Dr. *[Signature]*
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
DR. F.R. 1996

OGLu 130/80 92 59mg/dL 36,1°C

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOES ALGORÍTMICOS

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em Protocolo nº 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas - Paciente: José Garcia Alves

Lado: Leito

Data: 07/08/2013

Localização:		Região: M.T.		Região: P.S.D.
Etiologia:	<input checked="" type="checkbox"/> Lesão Traumática <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Início <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Iatrogênica <input type="checkbox"/> Outro:	Grav: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grau I (<u>1</u>) <input type="checkbox"/> Grau II (<u>2</u>)	<input checked="" type="checkbox"/> Lesão Traumática <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> D.M. <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grav: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grau I (<u>1</u>) <input type="checkbox"/> Grau II (<u>2</u>)
Apresentação do Leito:	<input type="checkbox"/> Nécrose Avançada Negra <input type="checkbox"/> Hémosel <input type="checkbox"/> Grau II <input type="checkbox"/> Fenda tecitada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Grau II <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hémosel <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Iatrogênica <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Necrose Avançada Negra <input type="checkbox"/> Fenda tecitada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Necrose Avançada Negra <input type="checkbox"/> Fenda tecitada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros
Pclz Perilesional:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Hémosel / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal (<u>1</u>) <input type="checkbox"/> Macerado (<u>2</u>) <input type="checkbox"/> Seca (<u>3</u>) <input type="checkbox"/> Hémosel / Rubor (<u>4</u>) <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Hémosel / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal (<u>1</u>) <input type="checkbox"/> Macerado (<u>2</u>) <input type="checkbox"/> Seca (<u>3</u>) <input type="checkbox"/> Hémosel / Rubor (<u>4</u>) <input type="checkbox"/> Outro:
Tipo de Exsudato:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input 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:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input 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"/> Melhado <input type="checkbox"/> Ínicio <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Melhado <input type="checkbox"/> Ínicio <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Melhado <input type="checkbox"/> Ínicio <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Melhado <input type="checkbox"/> Ínicio <input type="checkbox"/> Seco
Solução de Jimpeza:	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input 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 checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input 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:	<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:
Iroca:	<input type="checkbox"/> 12/12	<input type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> Diário
Profissional que realizou o procedimento:	<input type="checkbox"/> Enfermeira <input type="checkbox"/> Técnico Enfermeiro <input type="checkbox"/> Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Enfermeira <input type="checkbox"/> Técnico Enfermeiro <input type="checkbox"/> Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Enfermeira <input type="checkbox"/> Técnico Enfermeiro <input type="checkbox"/> Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Enfermeira <input type="checkbox"/> Técnico Enfermeiro <input type="checkbox"/> Enfermeiro
Observações:	Observações:			



五
三

Núcleo de Endocrinología en
Tratamiento de Feridas...
HGR

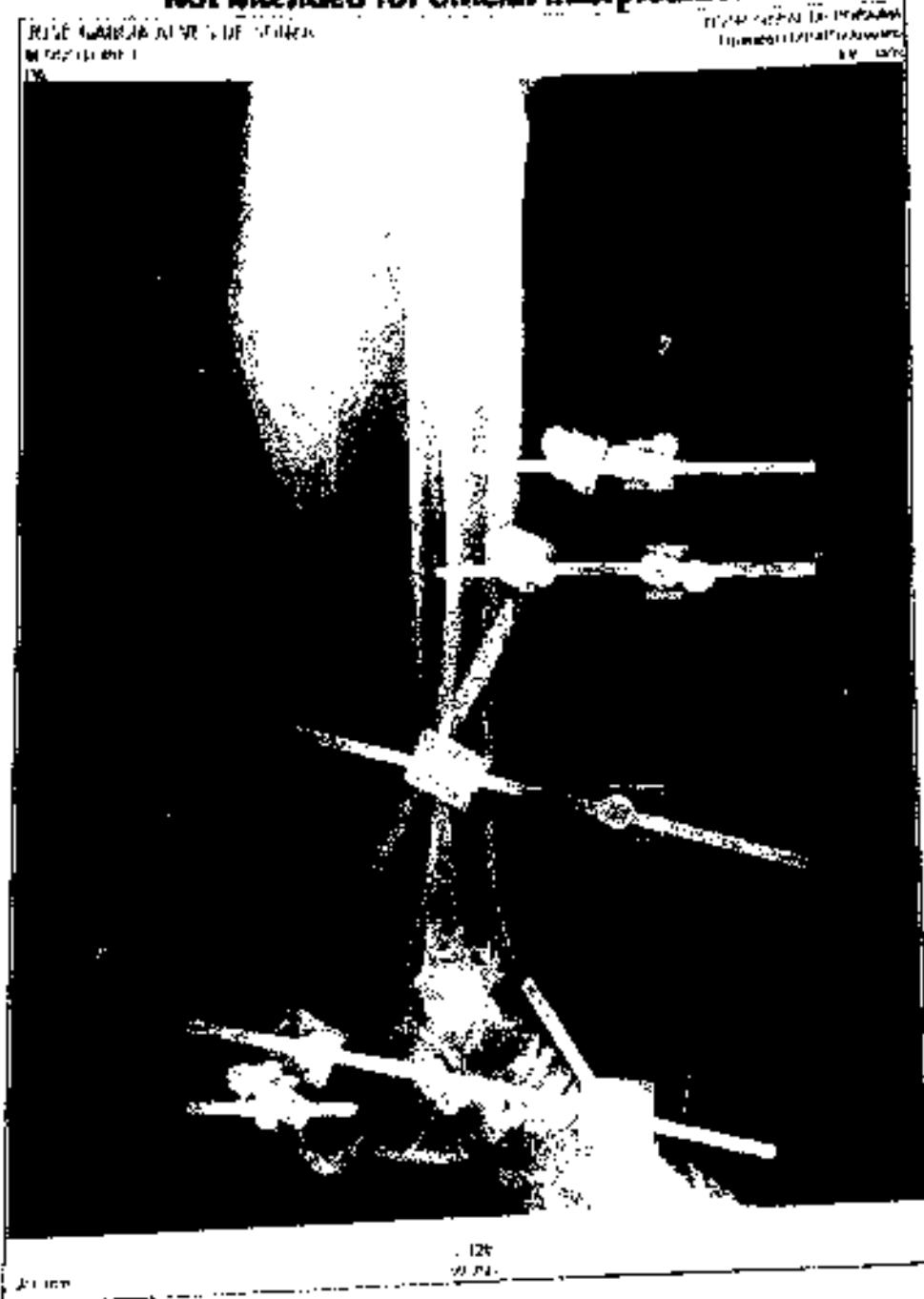
Paciente: Tercer año

Verhältnisse

Elaborada: 02/20

Atualizado: 12/2018

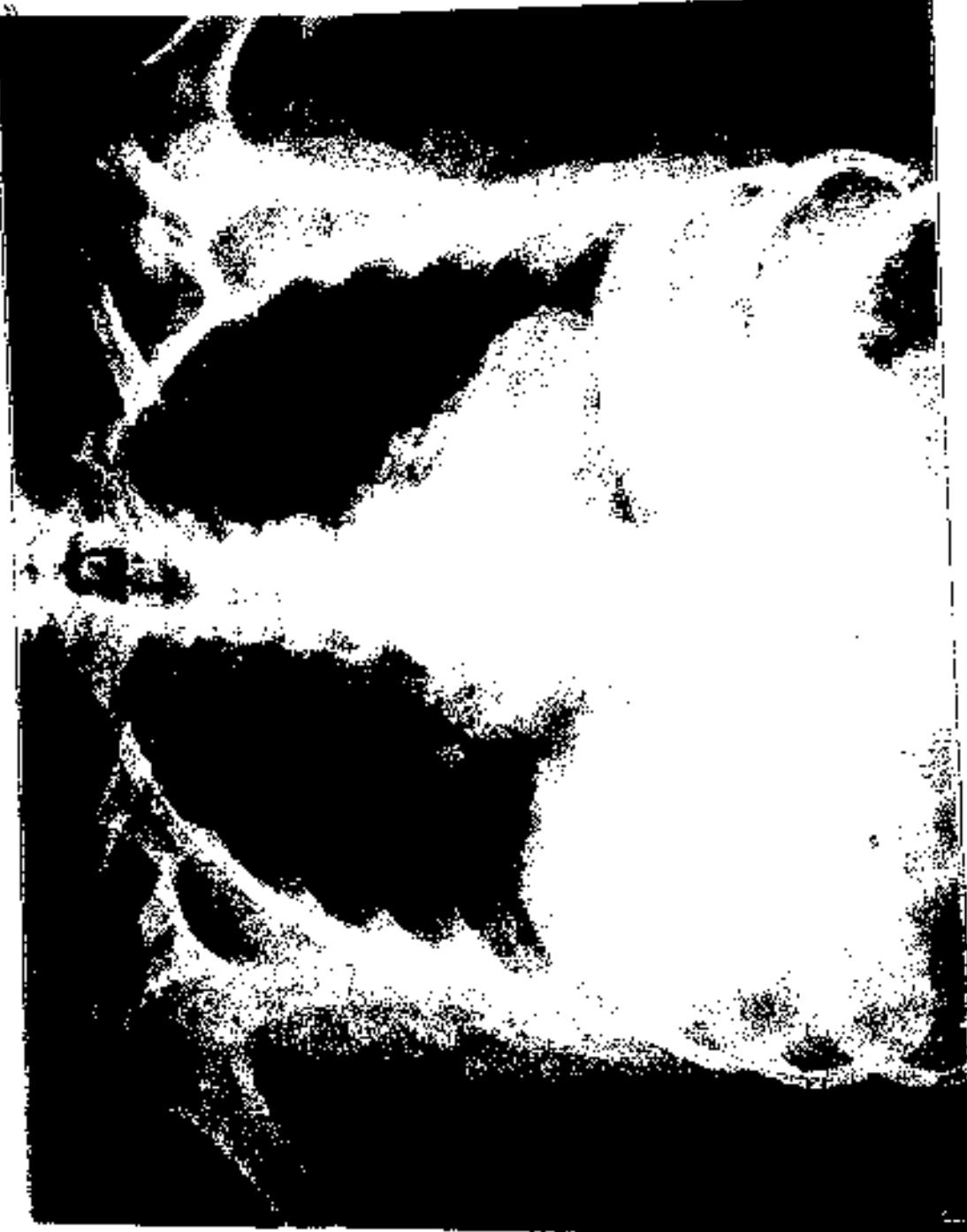
Not intended for official interpretation.



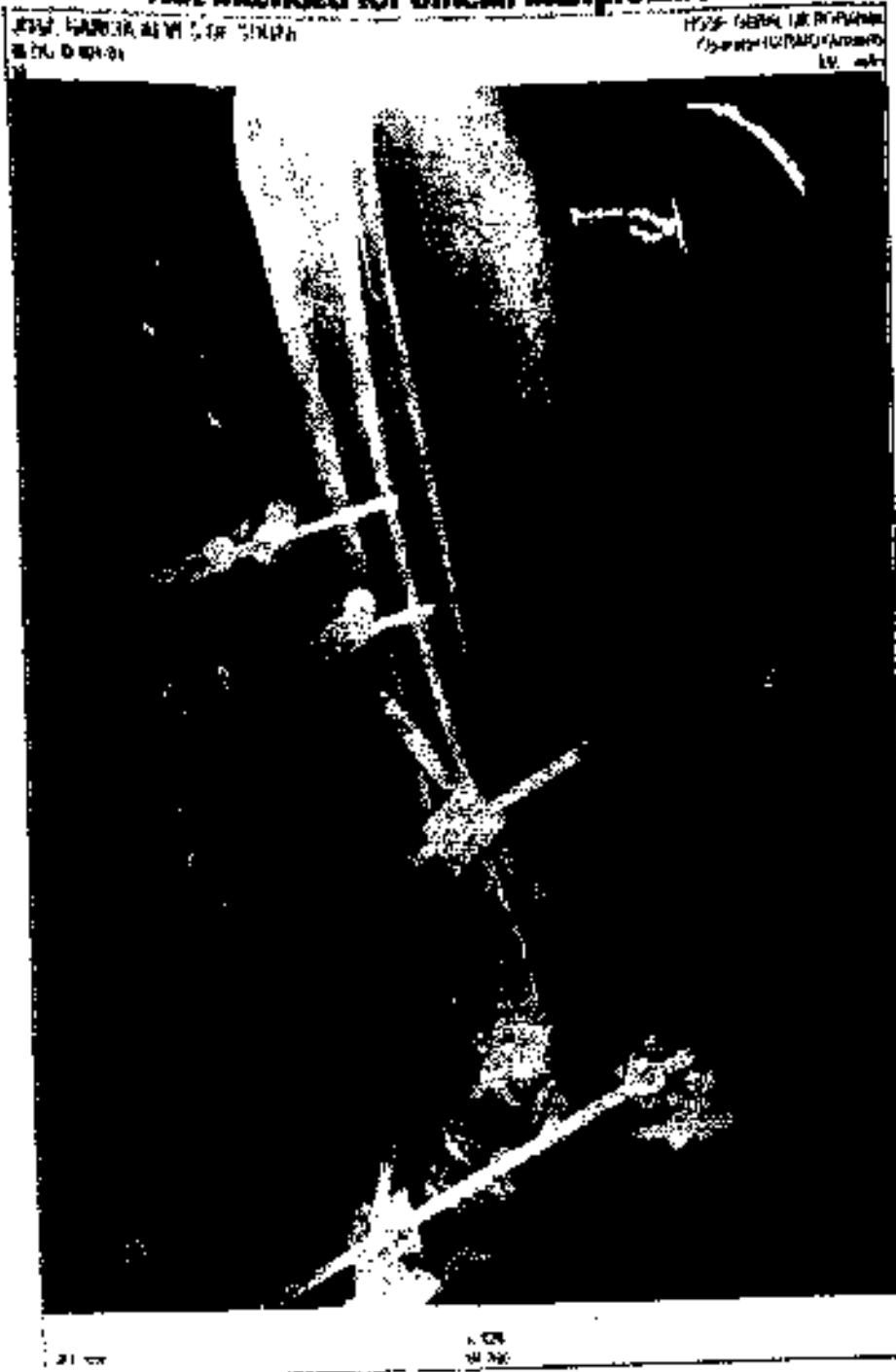
Not intended for official interpretation.

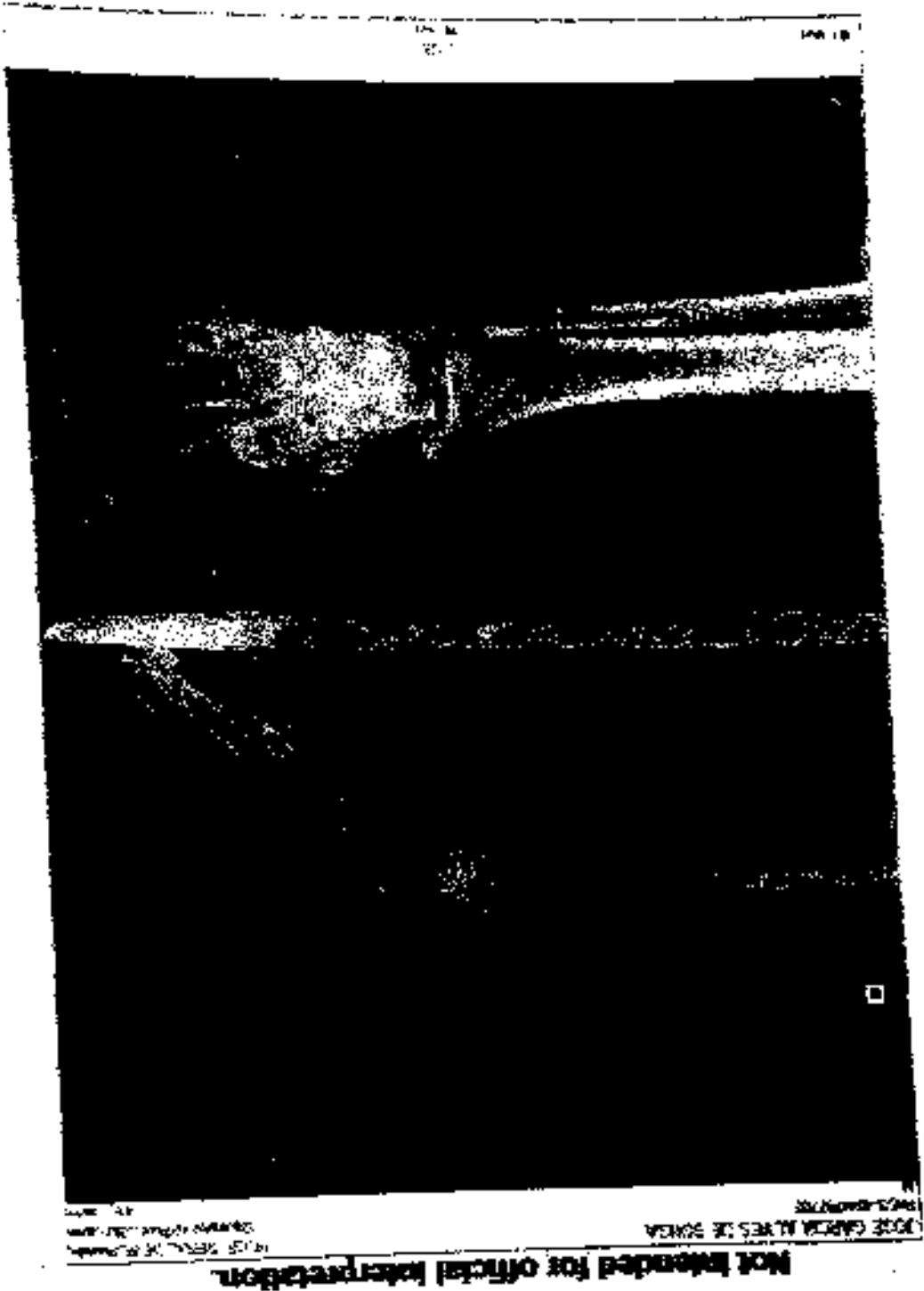
JOSÉ GARCIA ALVES DE SÁRAZA
160110000000000000

MESES DE PRISIÓN
ESTADO DE PERNAMBUCO
VU - H.A.



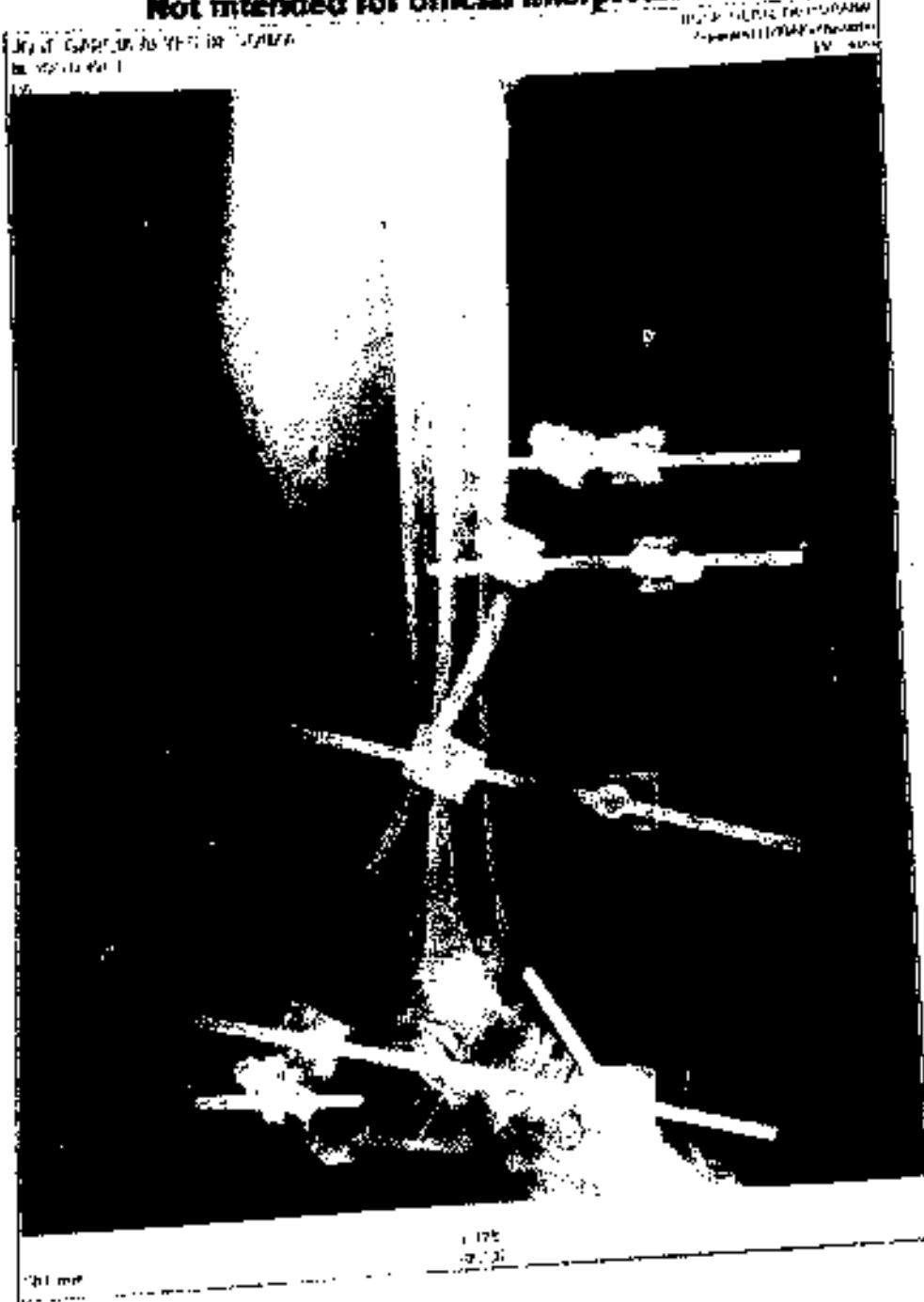
Not intended for official interpretation.





Not intended for official letterhead

Not intended for official interpretation.



Not intended for official interpretation.

JOSÉ GARCÍA ALVÉS DE SORIA
B62650401

WFO SIGNAL DE MOTUAM
Cognac FUTMAM / POURAM
WFO WFO



ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL
MUNICIPIO DE PORTO ALEGRE
CONCEPÇÃO DO BONFIM - ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL



RECENDO

João Góes
Presidente do Brasil
Objeto em 2 de Outubro
de 1968, o

Av. das Américas, 1000
Cidade Baixa - Porto Alegre
- George F. C. Lewis -
- Presidente

26/2/68

Agradecido

Palácio dos Cristais - Centro
Av. General Osório - Centro
CEP 90000-000 - PORTO ALEGRE - RS

Laudo Médico

Dr. José Graci Oliveira de Souza, C.I 356322-7 SSP/RR

vítima de acidente de moto, com diagnóstico de fratura exposta de tímpano direito, conforme ficha de atendimentos 1901143776, de 03/06/19 do P.S. F.C. Elabou. Foi realizado tratamento com apertador externo e fixostixos. Atualmente permanece com cicatriz de tímpano, mancha claudicante a direita. Apresenta limitação para flexão, abertura e fechamento interno e externo de tímpano direito. Apresenta dor e mobilidade alterada quando durante exame clínico.

Conclusão: permanecendo com sequelas permanentes da membrana timpânica direita.

Boa Vista, 08/01/2019

DR Francisco R. Faria
Matrícula: 01007489
CRM/RR