

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

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

à

8 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 8

500 por pág.

1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª 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**.

Cumpra 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 descaracteriza 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

Preliminarmente, 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 incontroverso 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

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

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 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

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 desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo 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 ressaltar 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.

⁴ RECURSO 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 HOUE 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; e

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 SESENTA 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 a 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 APRECIÇÃO 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 enfrentada 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.”

⁸ **art. 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 honorários 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 exposto 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 GRADAÇÃO

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	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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 cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
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	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 superiores e/ou de uma das mãos					
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; **JOSELAINE 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

JOSELAINE 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

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

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA, brasileiro, solteiro, autônomo, portador da cédula de identidade RG 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,

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

Em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ 09.248.608/0001-04, com endereço na Rua Senador Dantas, 74, 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 direito ao seguro obrigatório (DPVAT), promoveu, por meio de solicitação administrativa, o pagamento da apólice a título de validade, como bem reconheceu a seguradora ao lidar provimento a indenização DPVAT, depositando-lhe a quantia de R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), em 25/11/2019.

São os fatos de forma sucinta.

2. DO DIREITO

A lei que rege o seguro DPVAT é a Lei 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:



Paulo Sérgio de Souza
Advocacia & consultoria

Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317 B

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

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

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

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

3. DO VALOR DEVIDO

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

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

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

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

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



Paulo Sérgio de Souza
Advocacia & consultoria

Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317 B

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

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

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

4. DOS PEDIDOS

Ante o exposto, requer a Vossa Excelência:

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

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

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

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



Paulo Sérgio de Souza
Advocacia & consultoria

Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317 B

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

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

Nestes termos, pede deferimento.

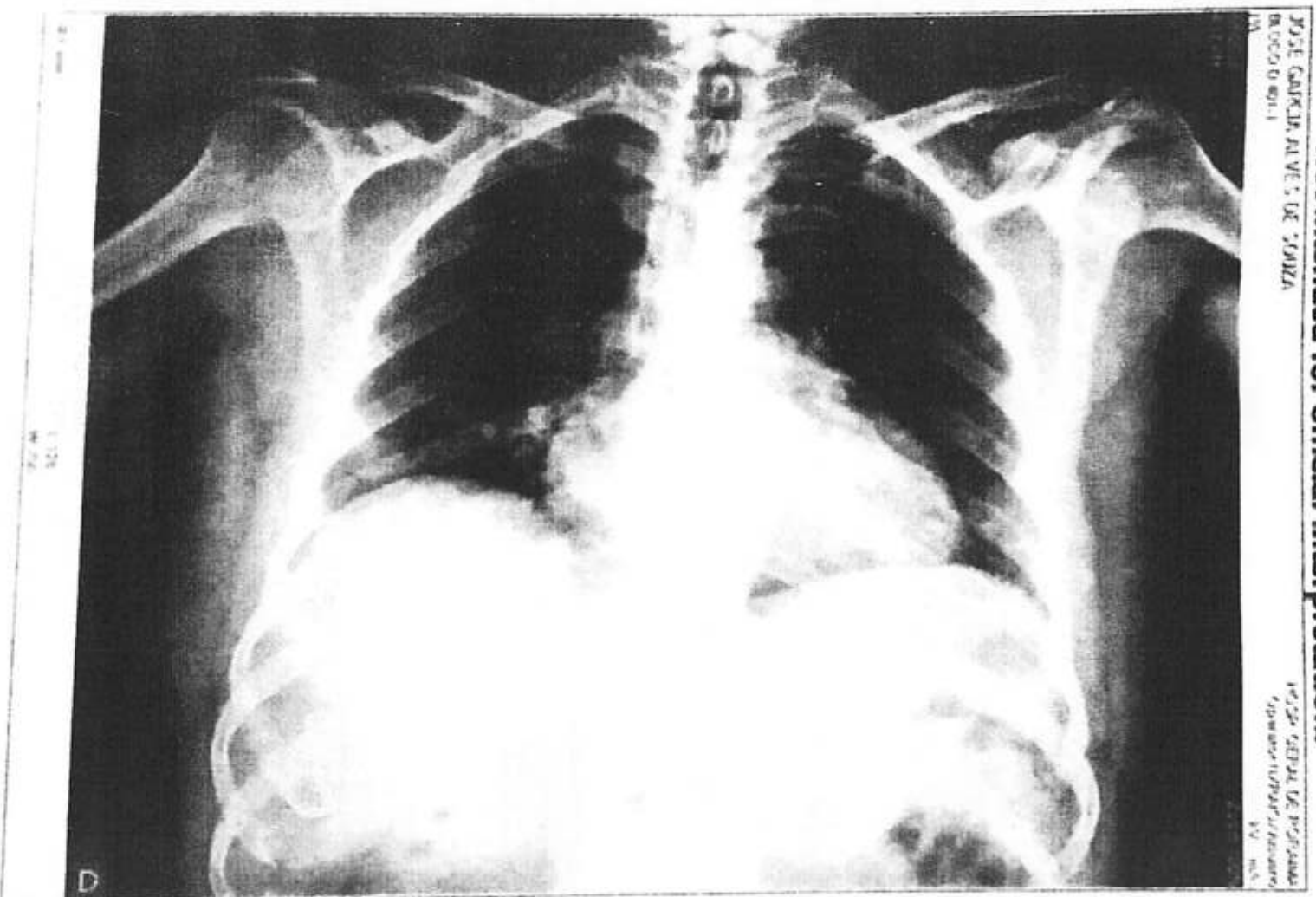
Boa Vista, 20 de dezembro de 2019.

Paulo Sergio de Souza

OAB/RR 317B



Not intended for official interpretation.



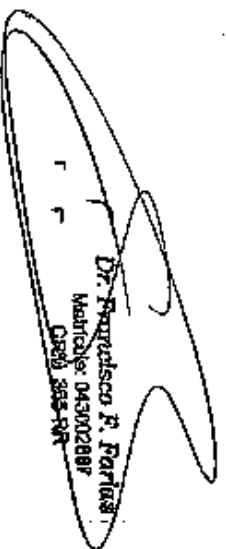
DR. FRANCISCO FERREIRA DE FARIAS JÚNIOR - CRM 365/RR
Av. Nossa Senhora da Consolata 597 - CEP 69.300-000 - Boa Vista/ RR
Fone: (95) 98111 7525 - E-mail: fariasrj2005@gmail.com

Laudo Médico

Sr. Jean Joreia Alves da Souza, C.I 356322-7 SSP/RR
relata de acidente de moto, com diagnóstico de fratura exposta
do tornozelo direito, conforme foto e atestado nº 1901143776,
de 03/06/19 do P.S. Fc e Elaboração. Foi realizada tentativa com
gesso sobre a fratura. Atualmente apresenta com
edema do tornozelo, mobilidade limitada. Apresenta
limitação para flexão, hiperextensão e rotação interna e externa do
tornozelo direito. Apresenta dor a mobilização ativa e passiva
durante exame clínico.

Conclusão: Fraturado com sequelas funcionais
permanentes de membros inferior direito.

Boa Vista, 08/11/2019


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





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

Paulo Sergio de Souza

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

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


03/05/19

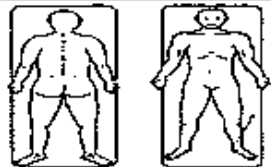
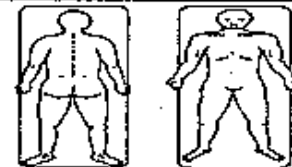

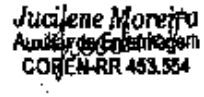
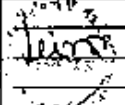
Assinado digitalmente

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



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

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

Localização		Região: <u>M. I. D.</u>		Região: _____
Etiologia	Grau: I () II (X) <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: <u>F.O</u>		Grau: I () II () <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 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 <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:	 Fátima N. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 449.709		 Jucilene Moreira Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554	
Observações:	 _____ _____ _____		_____ _____ _____	



101-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO			
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA			
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D			
ALERGIAS	HAS	DM2	DATA
IDADE	52	LEITO	401-1
ITEM	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO	08/08/2019
1	AVP		
2	CAPTROPIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
3	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N		
4	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N		
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N		
6	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		
7	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		
9	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6		
10	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12		
11	SSV + COGG 6/6H		
12	CURATIVO DIÁRIO		
13			
14			
15			
16			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DETADO NO LETO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUITA: MANTIDA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	DI
6 H	100/61	73	30	36,4
12 H	100/61	88	19	35,9
18 H	100/61	72	58	36,5
24 H	100/65	93	58	36,2

Dr. José Garcia Alves de Souza
CRM-RN 565



Bloco D

405-1
405-1
04/08/2019
405-1

04/08/2019
405-1

Fone - 190

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA		HGR	
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA		DIH		DN					
DATA DE ADMISSÃO									
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D									
ALERGIAS		HAS		DM2					
IDADE 52		LEITO 401-1		DATA 04/08/2019					
ITEM						HORARIO			
1 DIETA ORAL LIVRE						3:00			
2 AVP						10:00			
3 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						5:00			
4 TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N						5:00			
5 DIFERONA 1G EV OU 500MG VODE 6/8H S/N						14:00			
6 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N						06:00			
7 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N						9:00			
8 TRAMAL 100MG + SFQ 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA						14:00			
9 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N						14:00			
10 CINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6						14:00			
11 CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12						12:00			
12 SSV + CCGG 6/8H						12:00			
13 CURATIVO DIÁRIO						12:00			
14						12:00			
15						12:00			
16						12:00			
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; 2 400: 10 UI E OU GLICOSE 5 70 DLML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA									

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DETIDADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
8 H	140/84	82	-	26.7
12 H	150/94	84	-	36.1
18 H	140/90	92	14 mmHg	35.9
24 H	140/90	92	14 mmHg	36.1

06/08/2019 89 36,1°C


Dr. Fernando Rezende
Médico do Hospital Geral de Roraima

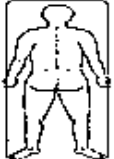





401-1

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Alcôf: D		Data: 09/08/19 Enfermeira: 401 Letor: 01	
Nome Completo: JOAO GARCIA ALVES DE SOUZA		DN: / / Sexo: () F (X) M	
Hipótese Diagnóstica:			
Isolamento ou Prevenção: () Sim (X) Não		Qual(is):	
Necessidade de Intérprete? () Sim (X) Não		Qual idioma:	
Postul acompanhante: (X) Sim () Não		Obs:	
Deambulação: (X) Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/ambaleante			
(X) Consciente () Sedado () Agitado		SISTEMA NEUROLÓGICO () Desorientado () Conatoso () Não reage	
(X) Fotorreagente (X) Isocóricas		PUPILAS () Midíacas () Anisocóricas	
(X) Alérgico () Febre () Hiperleptico		REGULAÇÃO TÉRMICA () Hipotérmico () Febre () Pirexia	
(X) Hidratada (X) Normocrômica () Anictérica () Adanótica Úlcera por pressão: () Sim () Não Rebido: Curaivo realizado: () Sim () Não		CARACTERÍSTICAS DA PELE () Desidratada () Hipocrômica () Ictérica () Edema local () Não TC: () SIM () NÃO	
(X) Eupneico Oxigenoterapia: () Sim () Não		SISTEMA RESPIRATÓRIO () Inapetente () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia	
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/ORENOS/ORTESES E PROTÊSES			
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:		Trocar em: _____	
Sonda: () Sim () Não () SNG		Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____	
Ouro de: _____		Data da instalação: _____ Trocar em: _____	
Cateter Vesical: () Sim () Não		Tipo: _____ Trocar em: _____	
Prérese: () Sim () Não		Local: _____	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Oregulação Prejudicada		() Prisão respiratória ineficaz	
() Risco de infecção		() Vent. lúxto espontânea prejudicada	
() Risco de nutrição desequilibrada		() Mobilidade física prejudicada	
() Risco de glcemia instável		() Risco de integridade da pele prejudicada	
() Risco de desequilíbrio do volume		() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	
() Volume de líquidos excessivo		() Ruidos de sono prejudicados	
() Volume de líquidos deficiente		() Cuid. no autocuidado para higiene	
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salivado	
Não		Não	
Sim		Sim	
2. Diagnóstico Secundário		5. Marcha/Deambulação/Acamado	
Não		0 Normal/Sem deambulação/acamado	
Sim		15 Fraca	
3. Auxílio na Deambulação		Comprometida/ambaleante	
Nenhum/Acamado/Auxiliado		0 6. Estado Mental	
Modeta/Bengalia/Modador		15 Orientado/limitado/conhece as limitações	
Modificação Paralela		30 Superestima capacidade/esquece limitação	
TOTAL:		Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45	
Prescrição para prevenção de queda no verso			

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

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

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



000 13070 92 99mm 36.1°C



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão:08

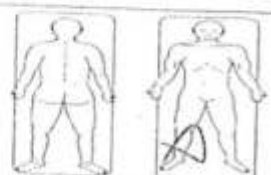
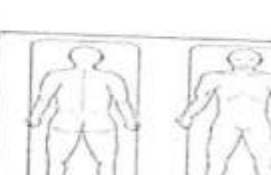

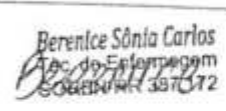
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: JOSÉ GARCIA

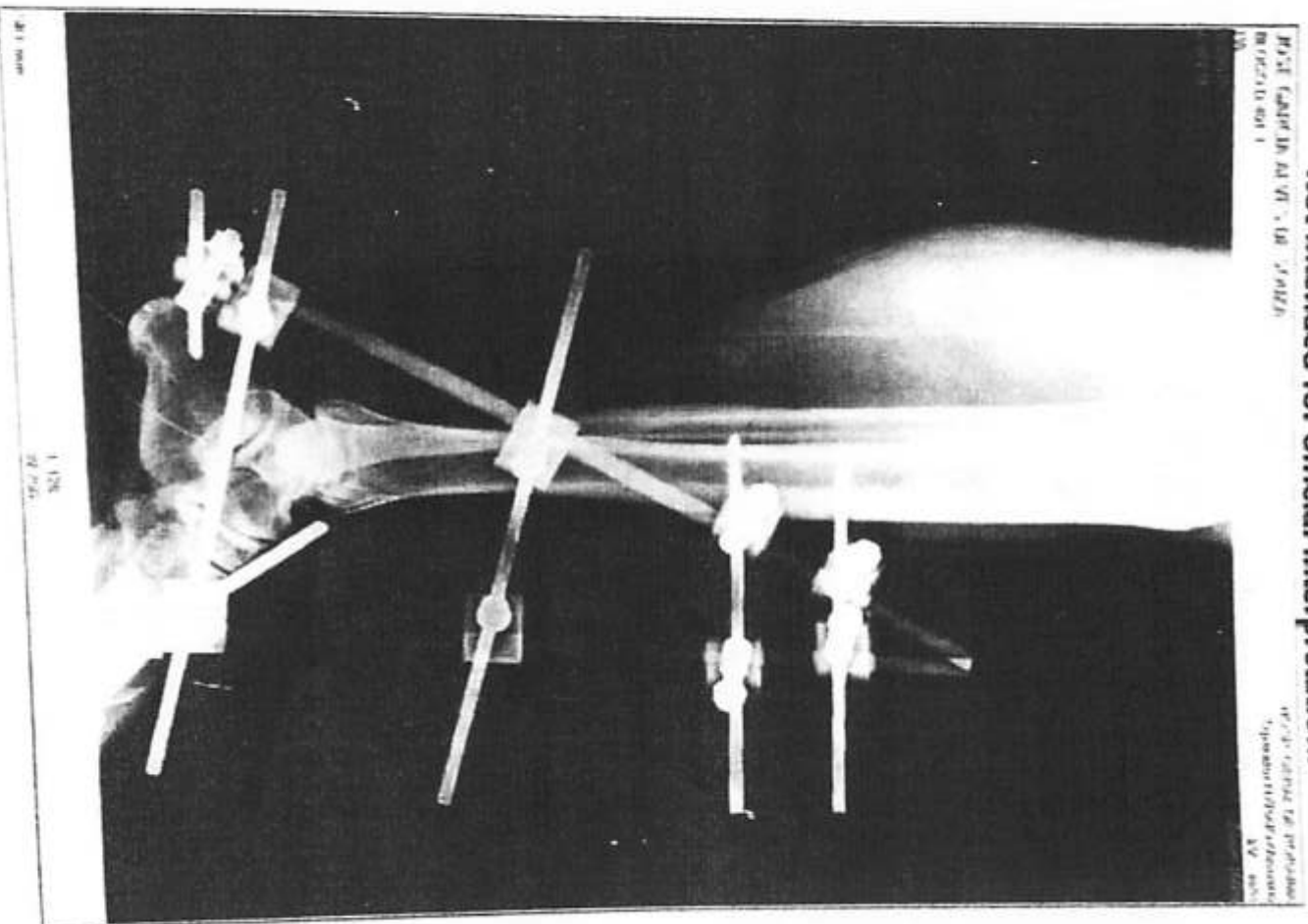
Leito: 404-1

Data: 06/08/19

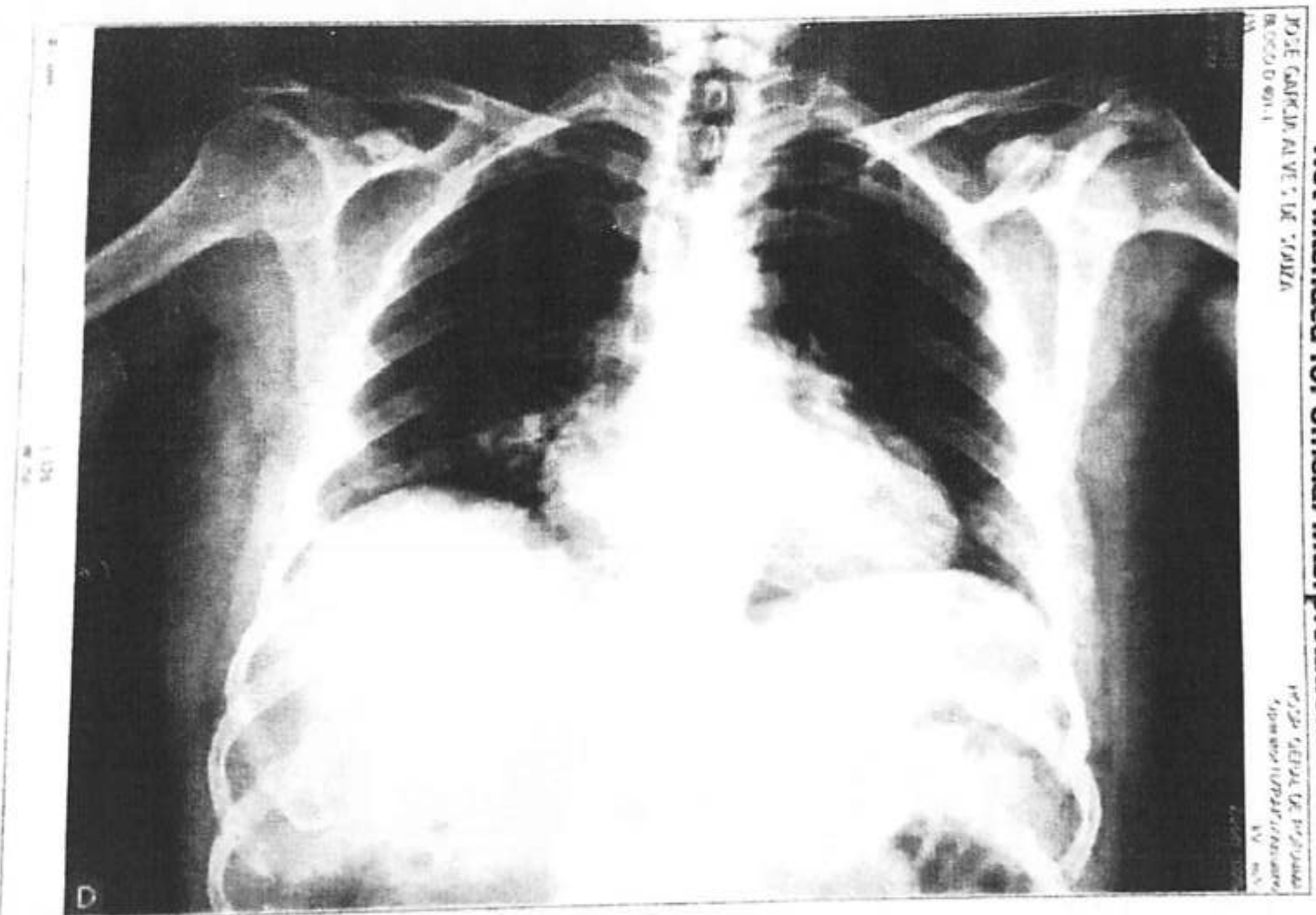
Localização	 Região: <u>MIO</u>	 Região: _____
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: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

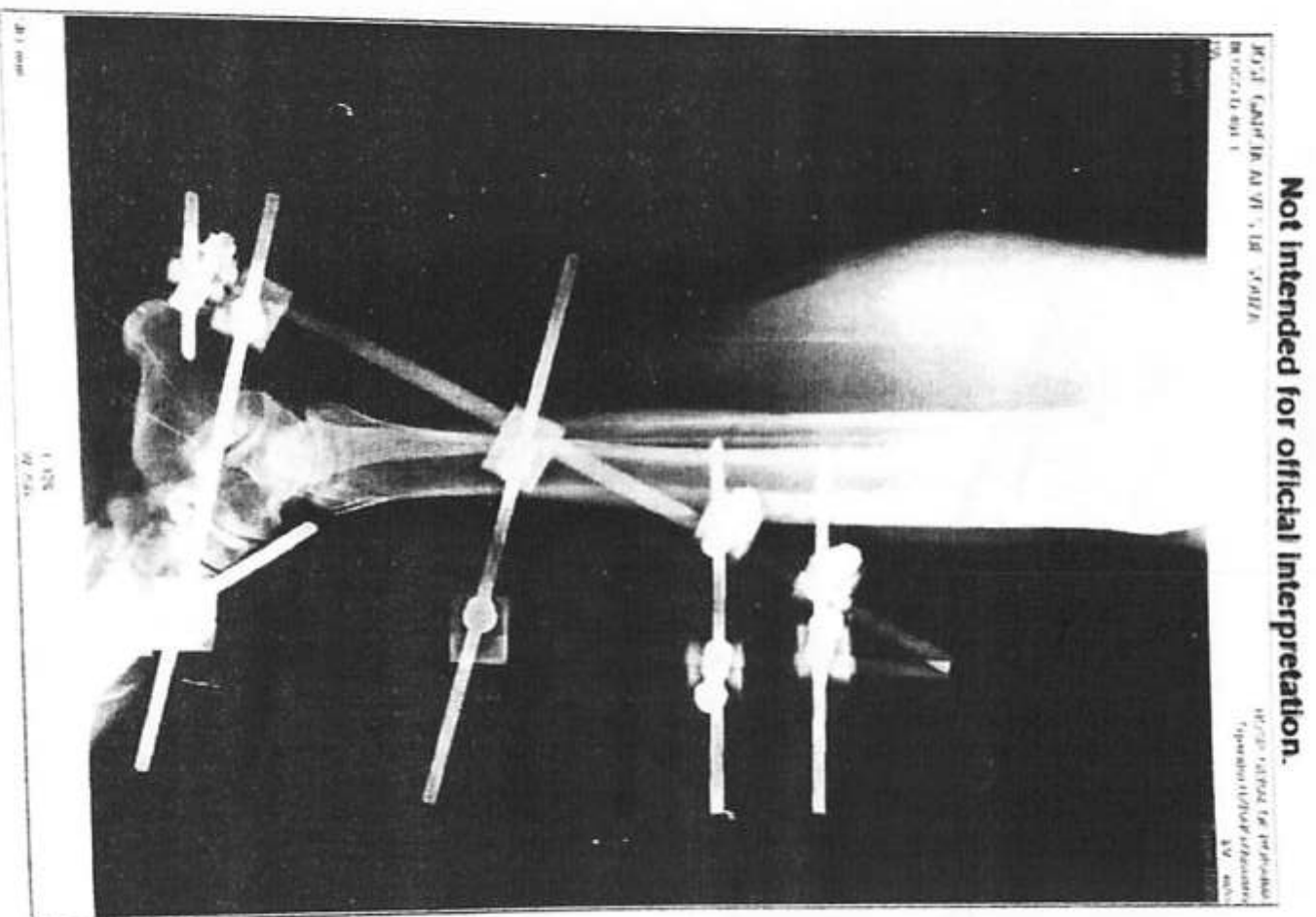


Not intended for official interpretation.



Not intended for official interpretation.







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

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

CARTA DE CITAÇÃO COM AR

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

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

Boa Vista, 27/1/2020.

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

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

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

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



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

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

CARTA DE CITAÇÃO COM AR

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

PESSOA A SER CITADA:

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

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

Boa Vista, 27/1/2020.

CARLOS WANDERLEY B. DE LIMA

Analista Judiciário - Diretor de Secretaria

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

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





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA

COMARCA DE BOA VISTA

6ª VARA CÍVEL - PROJUDI

Fórum Advogado Sobral Pinto, 666 - 2º Piso - Centro - Boa Vista/RR - CEP:

69.301-380 - Fone: (95) 3198-4796 - E-mail: 6civelresidual@tjrr.jus.br

Proc. n.º 0802271-05.2020.8.23.0010

DECISÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

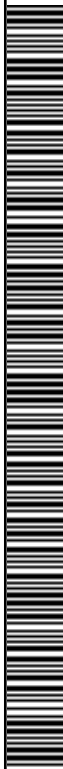
Após, conclusos.

Data constante no sistema.

Phillip Barbieux Sampaio

Juiz de Direito

Boa Vista/RR, 24/1/2020.





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



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

OBM DE ATUAÇÃO

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

ÁREA DE ATUAÇÃO

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

VTR KMI KMF

H/SAÍDA

H/NO LOCAL

SAÍDA DO LOCAL

NO DESTINO

H/NA OBM OU B-01

1. DADOS DA OCORRÊNCIA

CÓD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADA:

ENDEREÇO:

Nº

5/11

BAIRRO:

Cidade São José

CIDADE:

Ponto de Referência:

Pça. 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. Roberto Alcôbar 18 (Cand. Azeite)

Nº

403

BAIRRO:

Cidade São José

CIDADE:

São José

NACIONALIDADE:

☒ Brasileiro ☐ Estrangeiro:

TEL.:

9412-1803

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL?

☐ Sim ☒ Não

Se sim, qual:

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

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

3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

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

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

Assinatura do paciente/vítima:

RG Nº

SSP/

Testemunha:

RG Nº

SSP/

Testemunha:

RG Nº

SSP/

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

Abertura ocular

Resposta verbal

Resposta motora

Total

☒ 4. Espontânea

☐ 3. À voz

☐ 2. À dor

☐ 1. Nenhuma

☒ 5. Orientado

☐ 4. Confuso

☐ 3. Palavras inapropriadas

☐ 2. Sons incomp./ Gemidos

☐ 1. Nenhuma

☒ 6. Obedece aos comandos verbais

☐ 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso

☐ 4. Reage à dor

☐ 3. Flexão anormal a dor (Descorticação)

☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração)

☐ 1. Nenhuma

☐ 4. Espontânea

☐ 3. À voz

☐ 2. À dor

☐ 1. Nenhuma

☐ 5. Orientado

☐ 4. Confuso

☐ 3. Palavras inapropriadas

☐ 2. Sons incomp./ Gemidos

☐ 1. Nenhuma

☐ 6. Obedece aos comandos verbais

☐ 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso

☐ 4. Reage à dor

☐ 3. Flexão anormal a dor (Descorticação)

☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração)

☐ 1. Nenhuma

15 Pontos

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

Abertura ocular

Resposta verbal

Resposta motora

Total

☐ 4. Espontânea

☐ 3. À voz

☐ 2. À dor

☐ 1. Nenhuma

☐ 5. Palavras/sorriso/olhar acompanhada.

☐ 4. Choro, mas que pode ser

☐ 3. Irritabilidade persistente.

☐ 2. Agitação.

☐ 1. Nenhuma

☐ 6. Movimenta os 4 membros.

☐ 5. Localiza e retira o estímulo doloroso.

☐ 4. Sente dor, mas não retira.

☐ 3. Flexão a dor (Descorticação).

☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração).

☐ 1. Nenhuma

Pontos

6. SINAIS VITAIS

PA: 160/130

FR: —

FC: 93

SpO2: —

Temperatura: —

7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA – SUBJETIVA

ALERGIA: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):

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

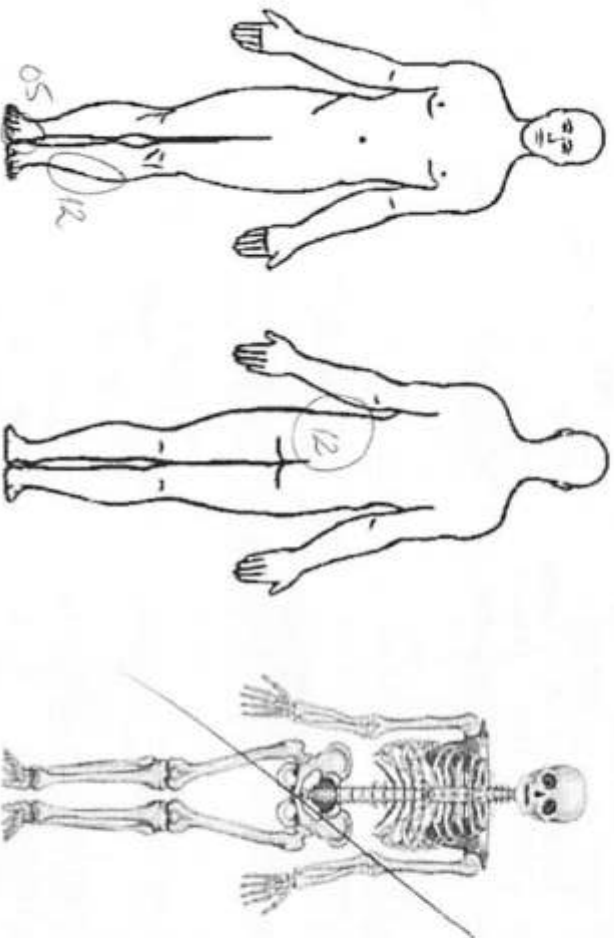
APARENTEMENTE ALCOOLIZADO: ☒ SIM ☐ NÃO



8. CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA

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

9. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS:



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

10. HISTÓRIO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Faço este relato, encontro-se ao solo, sem o capote e mesmo informo os dados, os cuidados de populares e esposa. Decidiu-se somente de dois na região do tornozelo direito, onde depois de uma avaliação não podemos detectar qualquer fratura, somente ferimento em nível mole. Guiso o condutor até o PS para melhor avaliação. O mesmo informou ter ingerido bebida alcoólica pelo marido. A sua esposa veio com acompanhante no VTR.

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

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

Aos cuidados de: _____ RG: _____ Telefone: _____

12. UNIDADE DE SAÚDE

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

13. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

☒ Estável ☐ Instável ☐ Crítico

14. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

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

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

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



Dr. Jorge Barros Freitas
Médico
CRM-RR 2034

Guia de Atendimento 1

Receivables Ledger

() Vermiglio
() Larcenia
() Pennello
() Vento
() Azul Ass.



01/01/2020

Pagando a vida e a morte
por um momento de trauma
em 10/10/2020.
Lição em 10/10/2020
14 de 10 de 10/10/2020
01/01/2020

Dr. Marcus Brito
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CMA 1917/PM





BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 31.01.19

O.S. _____

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

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

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

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Presente em DDH sob anestesia geral.
- 2) Anestesia e A. de 1º grau.
- 3) Colocação do campo estéril + inc. controlada de 5x3 cm.
- 4) Sutura de fenda e nervos com fio de Shenz, tipo de 6/0. com controle radiográfico.
- 5) Sutura com vicril 3,0
- 6) Curativos
- 7) Ag. RPA
- colocados no Dr. Reginaldo*

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



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da Saúde

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

atq: 09108119

DESCRIÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Nome do Paciente: *Alves de Souza*

7 1 0 1 2 0 1 0 9 1 3 1 4 8 1 3 1 4 1 2 1 3 1 8 1 5

10 - NOME DA MAE OU DO RESPONSÁVEL

Albertaine Alves de Souza

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BARRIO)

Av. Jaelina 403, Cidade Satélite

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - COD. IBSSE (MUNICÍPIO)

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente com quadro agudo de pânico
flut D

As vezes

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS PRELIMINARES DE EXAMES REALIZADOS

Rx + Exame físico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

psicopatia de pânico flut D

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exames

25 - CLÍNICA

26 - CID DA INTERNAÇÃO

27 - CID

28 - CID

29 - CID

30 - CID

31 - CID

32 - CID

33 - CID

34 - CID

35 - CID

36 - CID

37 - CID

38 - CID

39 - CID

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CID DA SITUACÃO

37 - CID

38 - CID

39 - CID

40 - CID

41 - CID

42 - CID

43 - CID

44 - CID

45 - CID

46 - CID

47 - CID

48 - CID

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADOR

2 - PREVIDENTE

3 - OUTRO

4 - SEM VÍNCULO

5 - SEM VÍNCULO

6 - SEM VÍNCULO

7 - SEM VÍNCULO

8 - SEM VÍNCULO

9 - SEM VÍNCULO

10 - SEM VÍNCULO

11 - SEM VÍNCULO

12 - SEM VÍNCULO

13 - SEM VÍNCULO

14 - SEM VÍNCULO

15 - SEM VÍNCULO

16 - SEM VÍNCULO

17 - SEM VÍNCULO

18 - SEM VÍNCULO

19 - SEM VÍNCULO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ORÇÃO EMISSOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - CNS

2 - CNS

3 - CNS

4 - CNS

5 - CNS

6 - CNS

7 - CNS

8 - CNS

9 - CNS

10 - CNS

11 - CNS

12 - CNS

13 - CNS

14 - CNS

15 - CNS

16 - CNS

17 - CNS

18 - CNS

19 - CNS

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO - 48 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CONSELHO

9/18/19

[Assinatura]

0408030543

5823

18/09



REVISTA DE PESQUISA DE MATERIAIS CIRURGICOS

Procedimento Realizado:
Fixação externa de P/50

Dir

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID.	QUANT.	MARCA
1	<p>Lote 010495 Código: P08 B 308 SISTEMA DE PROCAÇÃO OSSEA SARTORI - LINEIX TIDIA/ATMOR 7 300 - ESTERIL Fm:10/01/2019 Val:01/2021 Registro Anula N° 80083650031 Material ACO INOX/ALUMINIO</p>	01	01	
2	<p>Lote 010496 S Sartori de Cia Ltda - EPP CNPJ: 84.861.631/0001-00 - Rio Claro - SP Tel: +55 19 3535-1910 (atendimento) Ind Br</p>			
3	<p>Lote: 010715 Código: AP24 B 680 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R N CX 4, X 100 X 1</p>	02	02	
4	<p>Fm:10/01/2019 Val:01/2021 Registro Anula N° 80083650038 Material ACO INOX F 138</p>			
5	<p>Lote 010497 Sartori de Cia Ltda - EPP CNPJ: 84.861.631/0001-00 - Rio Claro - SP Tel: +55 19 3535-1910 (atendimento) Ind Br</p>			

Res. Feb 10

Dr. Augusto Comolli
Medico Residente
Oncologia e Radioterapia
CRM-RN 1064





CENTRO CIRURGICO/SRPA

Data: 03/08/2019

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

SRPA

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO										INTRA-OPERATÓRIO									
Cirurgia Proposta:					Cirurgia Realizada					Anestesia					Anestesia				
Informações:					Anestesia					Anestesia					Anestesia				
Entrada na Sala					Início da Anestesia					Início da Anestesia					Início da Anestesia				
14:15					14:35					14:50					15:48				
Término da Anestesia					Término da Anestesia					Término da Anestesia					Término da Anestesia				
Cirurgia					Cirurgia					Cirurgia					Cirurgia				
Término da Cirurgia					Término da Cirurgia					Término da Cirurgia					Término da Cirurgia				
Anestesia					Anestesia					Anestesia					Anestesia				
Cirurgia					Cirurgia					Cirurgia					Cirurgia				
Localização					Localização					Localização					Localização				
1. Sonda					2. Curativo					3. Dreno					4. Acesso venoso				
5. Outros:					5. Outros:					5. Outros:					5. Outros:				
Observações:					Observações:					Observações:					Observações:				
01:30 h					01:30 h					01:30 h					01:30 h				
2 h					2 h					2 h					2 h				
Sinais Vitais					Sinais Vitais					Sinais Vitais					Sinais Vitais				
Horário					Horário					Horário					Horário				
T					T					T					T				
FC					FC					FC					FC				
PA					PA					PA					PA				
SPO2					SPO2					SPO2					SPO2				
ADRE-					ADRE-					ADRE-					ADRE-				
TE					TE					TE					TE				
a/10					a/10					a/10					a/10				
Entrada					Entrada					Entrada					Entrada				
Saída					Saída					Saída					Saída				
Medi					Medi					Medi					Medi				
CH					CH					CH					CH				
SNG/					SNG/					SNG/					SNG/				
Dreno/Qual					Dreno/Qual					Dreno/Qual					Dreno/Qual				
Hora					Hora					Hora					Hora				
SVD/Aspecto					SVD/Aspecto					SVD/Aspecto					SVD/Aspecto				
Dreno/Qual					Dreno/Qual					Dreno/Qual					Dreno/Qual				
Cintura					Cintura					Cintura					Cintura				
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)										ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)									
Paciente com fixação cateter no pé direito, após coleta de SPP										Paciente com fixação cateter no pé direito, após coleta de SPP									
Segundo exame de urina com presença de muco										Segundo exame de urina com presença de muco									
Aline J.S. Oliveira										Aline J.S. Oliveira									
COPIAR-PC 326.537 ENE										COPIAR-PC 326.537 ENE									



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

52ª

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
<i>José Garcia Alves de Sousa</i>		<i>190114376</i>	<i>03 108 19</i>
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO	
<i>Fixação Externa de Rito "D"</i>	CIRURGIA	INICIO	FIM
		<i>14:50</i>	<i>15:48</i>
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA	
<i>Dr. Rogerio Dias</i>	ANESTESISTA:	<i>Dr. Fabiano</i>	
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:		
<i>Res. Fabio</i>	INSTRUMENTADOR		
2º AUXILIAR	CIRCULANTE	<i>Saiores e Hiltra</i>	
<i>Res. Pedro / Res. Augusto</i>	TEMPO DE DURAÇÃO:		
TIPO DE ANESTESIA:	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.	<i>12</i>	<i>500ml</i>
<i>10</i>	PACOTES GAZE		
	LUVA ESTERIL 7.0		
<i>4</i>	LUVA ESTERIL 7.5		
<i>3</i>	LUVA ESTERIL 8.0	<i>1</i>	
	LUVA ESTERIL 8.5		
<i>10</i>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		
	LAMINA BISTURI Nº		
	DRENO DE SUÇÃO Nº		
	DRENO DE TORAX Nº		
	DRENO DE PENROSE Nº		
	SERINGA 01ML		
	SERINGA 03ML	<i>1</i>	
<i>3</i>	SERINGA 05 ML	<i>1</i>	
<i>5</i>	SERINGA 10ML	<i>1</i>	
<i>3</i>	SERINGA 20ML	<i>5</i>	
		<i>OUTROS: Atadura de crepom</i>	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR(A)		ENFERMEIRA CHEFE	
		<i>Gabriele</i>	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	
		<i>Aline</i>	
		TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	
		VALOR	



FICHA DE ANESTESIA

03/02/19

(c) - in interaction with

BUFB-64

[illegible]

En. 11/11/11



401-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
HGR			
SETERIO DE RORAIMA No Estado do Brasil			
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			HORARIO
1	DIETA LIVRE		SVJ
2	AVP		mae
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N		SV
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N		SV 08/08/2019
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N		SV
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		SV
8	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		SV
9	SINETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		SV 08/08/2019
10	CINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6		SV 08/08/2019
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12		SV 08/08/2019
12	SSV + 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; 2-400: 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, ACANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUZA: MANTIDA			
SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	120/70	70	20
18 H	130/80	80	20
24 H	120/70	70	20

Dr. Fernando Rezende
Médico Assistente em Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.000

CE 100/100 7.7 21 362

401-1



[illegible]

T - 50h
~~220000~~



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Yasir Gomes Alves da Silva
Apelido: Rafael

Anestesiista: Fabian

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

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

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

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

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

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

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

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- ☐ Não se aplica
☐ Sim, Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☐ Sim
☒ Não se aplica

Sabrina Sousa - 89341-11
Assinatura e Carimbo

CONFIRMAÇÃO (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

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

SE APLICA: LÍNGUA

- ☐ Aplica ☒ Não se Aplica

SE TEM READO

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

COMENTÁRIO DE PULSO NO PACIENTE EM MONITORAMENTO

PACIENTE POSSUI:

☒ DENTURA CONFECIONADA
☐ Não, Qual: _____

SE HÁ ALGUM RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não, e equipamento profissional disponível

HEMOGLOBINA / HEMATÓCITO SANGÜÍNEA > 500 ml


☒ Não
☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos


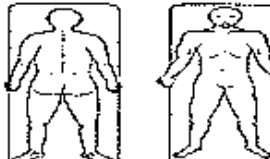
Dr. Alberto P. M. Mendes
Anestesiologista
CRM 104

Assinatura

Hora: _____

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

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

Localização		Região: <u>MIO</u> Grau: I () II <u>2</u>		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tração</u> <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____		() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro: _____	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____		() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	() Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido () Seco		() Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70%		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>AGE</u>		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	
Troca	() 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Bruno S. Pereira Técnico de Enfermagem COREN-RS 618356		Berenice Sônia Carlos T.E. de Enfermagem COREN-RS 557172	
Observações:	_____ _____ _____		_____ _____ _____	



101-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS	HAS	LEITO	401-1	DM2	DATA 06/08/2019
IDADE	52				
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SV
2	AVP				SV
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SV
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N				SV
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/8H S/N				SV
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				SV
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SV
8	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SV
9	SINETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V O 8/8 HRS S/N				SV
10	CUNDRAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6				SV
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12				SV
12	SSV + CCGG 6/6H				SV
13	CURATIVO DIARIO				SV
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; 2 400: 10 UI E OU GLICOSE 5 70 D/LML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUTA: MANTIDA					
SINAIS VITAIS					
5H	PA	FC	FR		
11H	130/72	81	17	35.1	
18H	133/80	75	-	35.4	
24H	130/60	81	20	36.4	

011

Paciente el gusso alvea modificado qm, aferrado
GSU + cateter alvea e xelms lab.

Dr. Alexandre Gomes da Silva
TIC, Enfermeiro
CORPEN/RH 050.492
TE
C. Medica

Dr. José Garcia Alves
TIC, 050.566



Dr. Marcos Aguilar
Médico Residente
Ortopedia y Traumatología
CRM RR 1595

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

FR

12 H
18 H
24 H

Det by 1COT E, AAA, -
 of ARM + motion re the
 51 Aero. Hqs.



Paulo Sérgio de Souza
Advogado & Contador

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

Dra. Paula Rafaela Palma de Souza
OAB/RR 3408

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

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

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

PODERES ESPECIAIS: para representá-lo no processo em Foro em Geral com a
cláusula *ad 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 3178

Dr. Paula Rafaela Pinha de Souza
OAB/RR 3408

Dr. Jefferson Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU: Jose Garcia Alves de Sousa,
estado civil solteiro, RG nº 356322-1, e CPF
nº 944.205.805-00, residente e domiciliado (a) na
Nº 7 Andar 687 R-18 cod. ARACU Nº 403 Bairro:
coelho Telite, Cidade Bom Vista RR
- Roraima, telefone (95) 961222322.

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

_____ de _____ de _____.

Jose Garcia Alves de Sousa

DECLARANTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME
JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

FILIAÇÃO
SEBASTIÃO GOMES SOUSA
ALBERTINA ALVES DE SOUSA

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

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

CPF 944.205.801-00

2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Diretor do POC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1





Para conferir
código informo
este número



Roraima Energia S.A.
Av. Capão Elze Genes 091 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3
Insc. Federal: 06.944.000/0001-44) (Insc. Estadual: 24.007.022-3
Insc. Federal: 06.944.000/0001-44) (Insc. Estadual: 24.007.022-3
Insc. Federal: 06.944.000/0001-44)

Nº da Nota Fiscal: 403.2.2.7308

A Tabela de Tarifas de Energia Elétrica - TSEE foi emitida
pelo LAR nº 10.428 de 28 de abril de 2002

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

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

ROT: 32 001.24.20 550200

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

NORMAL

31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classificação	Uso	Número Inscrição	Potência
RESIDENCIAL	B1	14ED0832750	14.23110
			1.1.1.2
			357

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

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGHE 0800709120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 10 21 20
Por favor, Atente-se a data de 11/07/2019, para constituirmos faturas futuras verificadas
nessa Unidade Consumidora.

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

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

INDICADORES DE CONTINUIDADE

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

FLORESTA

ROT: 32 001.24.20 550200

05/2019

120,08



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

Roraima Energia S.A.
Av. Capão Elze Genes 091 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3
Insc. Federal: 06.944.000/0001-44) (Insc. Estadual: 24.007.022-3
Insc. Federal: 06.944.000/0001-44)

Nº da Nota Fiscal: 403.2.2.7308

FCM

03020000003 9 14550075000 8 000000000000135 4 68280719008 2



SF01: 00265 LIC: 0135682-8 OT: 1 FTT: 12/07/2019 1 FATT: 04





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - RR CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
Nº 013975850212	
EXERCÍCIO 2019	
VIA 01 00538665955	
NOME DO PROPRIETÁRIO	
JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA	
PLACA 944.205.801-00	
CHASSI 9C2K00550DR356480	
COMBUSTÍVEL ALCO/BASOL	
MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES	
ANO FAB 2013	
ANO MOD 2013	
CATEGORIA 2P/0149CC/	
PARTICU PRETA	
VENC. COTA ÚNICA 1* *****	
PAGD* 2* *****	
PARCELAMENTO / COTAS 3* *****	
PREMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$4.15	
IOF (R\$) R\$0.32	
PREMIO TOTAL (R\$) R\$4.58	
DATA DE PAGAMENTO 30/07/2019	
OBSERVAÇÕES	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PEN. TRIBUTÁRIO	
* PROIB. SAIR AMOZ DE 10 *	
* PROIB. SAIR AMOZ DE 10 *	
* PROIB. SAIR AMOZ DE 10 *	
BOA VISTA-RR	
DATA 15/08/2019	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT	
RR Nº 013975850212 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT	
944.205.801-00	
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
www.seguradoralider.com.br	
SAC DPVAT 0800 022 1204	
EXERCÍCIO 2019	
DATA EMISSÃO 15/08/2019	
VIA 01 944.205.801-00	
CHASSI 9C2K00550DR356480	
MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES	
ANO FAB 2013	
ANO MOD 2013	
CATEGORIA 2P/0149CC/	
PARTICU PRETA	
VENC. COTA ÚNICA 1* *****	
PAGD* 2* *****	
PARCELAMENTO / COTAS 3* *****	
PREMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$36.05	
IOF (R\$) R\$4.01	
CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40.06	
COTA ÚNICA R\$4.15	
IOF (R\$) R\$0.32	
CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.58	
DATA DE EMISSÃO 30/07/2019	
OBSERVAÇÕES	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PEN. TRIBUTÁRIO	
* PROIB. SAIR AMOZ DE 10 *	
* PROIB. SAIR AMOZ DE 10 *	
* PROIB. SAIR AMOZ DE 10 *	
BOA VISTA-RR	
DATA 15/08/2019	



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

E-DELECOM DE OCORRÊNCIA Nº: 029517/2019

DIA DO REGISTRO

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

Delegado de Polícia: Alexander Lopes da Silva

DAI DAS OCORRÊNCIAS

Ato: Delegacia de Acidentes de Trânsito

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

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: RUA DOM JOSE NEPOTE

Bairro: Cidade Satélite

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Empregado(s)

Não houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUSA

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais

Nome da Mãe: Albertina Alves de Sousa

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: AV. JARDIM

Bairro: CIDADE SATELITE

Nº 423

DAI

SET. 2019

AGENTE DE POLÍCIA

CONFÉRMIDOR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Informação fornecida pelo informante

FALTO HISTÓRICO

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

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira
Agente de Polícia
Mat 042000612

Ernandes Ferreira Lima
Agente de Polícia
Matrícula: 42000512

Relacionável pelo Atendimento

Declaro para os devidos fins de direito que esta é uma cópia verdadeira e fiel do original, conforme previsto nos Art. 10º e 11º da Lei nº 13.127/2015, e que a mesma foi produzida por meio de sistema eletrônico.

José Garcia Alves de Sousa
(Comunicante)

Página 1 de 1

Delegado de Polícia Civil: Alexander
Lopes da Silva
Matrícula: 42000512
Data de Impressão: 09/09/2019 13:46
Protocolo nº: Não disponível

Stamp

Folha - Procedimentos Policiais Eletrônicos

SINISTRO 3190635941 - Resultado de consulta por beneficiário

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

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

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



REGISTRO GERAL

357635-5

RAIMUNDO NORATO SILVA

RELACAO

VANGELINA PEREIRA SILVA

NATURALIDADE

VARGEM GRANDE - MA

DOSSIER

CERTIDAO 2540 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE-MA

CPF

475.428.443-91

3 VIA

DATA DE EMISSAO

28/01/2016

DATA DE NASCIMENTO

15/09/1968

AMADEU ROCHA TRIANI

PROFESSOR DE HISTORIA

LEI Nº 7.116 DE 29/09/03

REGISTRO GERAL

357635-5

RAIMUNDO NORATO SILVA

RELACAO

VANGELINA PEREIRA SILVA

NATURALIDADE

VARGEM GRANDE - MA

DOSSIER

CERTIDAO 2540 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE-MA

CPF

475.428.443-91

3 VIA

DATA DE EMISSAO

28/01/2016

DATA DE NASCIMENTO

15/09/1968

AMADEU ROCHA TRIANI

PROFESSOR DE HISTORIA

LEI Nº 7.116 DE 29/09/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013975850212
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CDB RENAVAM 00538665955 R.N.T.R.C. 2019

NOME JOSE BORGES ALVES DE SOUSA

RR

CPF / CNPJ 944.205.801-00 PLACA NAP8665

PLACA ANT. UN. RR NAP8665 CHASSI 9C2KD0552DR356480

ESPECÍFICO PAS/MOTOCICLETA/NAO AM 12 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

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
I *PAGO* 1*****
P *PAGO* 2*****
V PAIXA / PVA PARCELAMENTO / COTAS 3*****
A ** PAGO COTA ÚNICA **

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 140,32 IOF (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 140,32 DATA DE PAGAMENTO 30/07/2019

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * BEN. TRIBUTÁRIO
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
* PROTA SAIR AMOZ DULO *
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL BOA VISTA-RR DATA 15/08/2019

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

RR Nº 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 01 CFP / CNPJ 944.205.801-00 PLACA NAP8665

RENAVAM 00538665955 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB 2013 CAT. DRE 9C2KD0552DR356480

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) R\$36,05 DENATRAM (R\$) R\$4,01 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40,06

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4,15 IOF (R\$) R\$0,02 TOTAL A SER PAG. PELO SEGURO (R\$) R\$84,58

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OUT. 30/07/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013975850212
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CDB RENAVAM 00538665955 R.N.T.R.C. 2019

NOME JOSE BORGES ALVES DE SOUSA

RR

CPF / CNPJ 944.205.801-00 PLACA NAP8665

PLACA ANT. UN. NAP8665 RR CHASSI 9C2KD0552DR356480

ESPECÍFICO PAS/MOTOCICLETA/NAO AM 12 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

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
I *PAGO* 1*****
P *PAGO* 2*****
V PAIXA / PVA PARCELAMENTO / COTAS 3*****
A ** PAGO COTA ÚNICA **

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 140,32 IOF (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 140,32 DATA DE PAGAMENTO 30/07/2019

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * BEN. TRIBUTÁRIO
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
* PROTA SAIR AMOZ DULO *
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL BOA VISTA-RR DATA 15/08/2019

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

RR Nº 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 01 CFP / CNPJ 944.205.801-00 PLACA NAP8665

RENAVAM 00538665955 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB 2013 CAT. DRE 9C2KD0552DR356480

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) R\$36,05 DENATRAM (R\$) R\$4,01 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40,06

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4,15 IOF (R\$) R\$0,02 TOTAL A SER PAG. PELO SEGURO (R\$) R\$84,58

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OUTAÇÃO 30/07/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT
554336

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

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
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: 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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/08/2019

Titular do CPF: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

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

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 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

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 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 SOUSA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: CASADO PROFISSÃO:
RG: 356322-7 CPF: 944.205.801-00 ENDEREÇO: RUA/AV. AV. JARDIM ALOD, 18, APT. 403, Nº 403
BAIRRO: CIDADE SATELITE CIDADE: BOA VISTA /RR
CEP 69.317-529

VÍTIMA: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA
CPF: 944.205.801-00 DATA DO ACIDENTE: 03/08/2019
NATUREZA: () DAMS ☒ INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: Recuso
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 (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, 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.

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Escrivão
Av. Aluídes Trêvis, 4307 - Boa Vista, Boa Vista/RR
Fone: (94) 3227-4120
E-mail: daniel.aquino@cartorioaquirino.com.br

138281.5d693bced8e1d
Reconheço por VERDADEIRA e(s) firma(s)
"JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA"

Em testemunho da verdade SOLO
Do que dou fé. Boa Vista/RR, 30 de agosto de 2019.
Consulta e(s) sale(s) abaixo em cartaoportal.ssi.com.br
RECPIR1662960UHLJNIXCMDEE736/

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

138.281
Escrivente Autorizada

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: CASADO PROFISSÃO:
RG: 356322-7 CPF: 944.205.801-00 ENDEREÇO: RUA/AV.
AV. JARDIM ALOCO, 18, APT. 403, Nº 403
BAIRRO: CIDADE SATELITE CIDADE: BOA VISTA /RR
CEP 69.317-529

VÍTIMA: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA
CPF: 944.205.801-00 DATA DO ACIDENTE: 03/08/2019
NATUREZA: () DAMS ☒ INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: Recuso
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 (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, 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.

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício do Estado de Roraima
Rua: Alameda Trêz, 4307 - Boa Vista/RR, 69.317-529
Fone: (94) 3227-4120
E-mail: daniel.aquino@cartorioaquino.com.br

138281.5d693bced8e1d
Reconheço por VERDADEIRA e(s) firma(s)
"JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA"

Em testemunho da verdade, SOLO
Do que dou fé, Boa Vista/RR, 30 de agosto de 2019.
Consulte o(s) sale(s) abaixo em cartaoportal.ssi.com.br
RECPIR1662960UHLJNIXCMDEE736/

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

138.281
Escritura Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398181/19

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

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



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

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
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: 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

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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

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:

JOSE 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:

JOSE GARCIA ALVES SOUZA

7 - Profissão:

RODASOU

8 - Endereço:

AV. IADIM 818B-18-A-403

6 - CPF:

944.205.801-00

11 - Bairro:

CIDADE SATELITE

12 - Cidade:

BOA VISTA

9 - Número:

818

10 - Complemento:

APT 403

15 - E-mail:

monatoSilva638@gmail.com

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69-317-529

16 - Tel (DDD):

95) 991144021

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3021

CONTA:

000 543 19

☐

AGÊNCIA:

CONTA:

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:

☐

Solteiro

☐

Casado (no civil)

☐

Divorçado

☐

Separado judicialmente

☐

Vitório

☐

24 - Data do

☐

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

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

☐

Falecidos:

☐

Sim

30 - Vítima deixou

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

☐

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

33 - Vítima deixou

☐

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

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

JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA

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

944.205.801-00

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

RAIMUNDO MONATO SILVA

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: JOSE 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: JOSE GARCIA ALVES SOUZA 6 - CPF: 944.205.801-00
7 - Profissão: ROCEIRO 8 - Endereço: AV. LADIM 818B-18-A-403 9 - Número: 818 10 - Complemento: APT 403
11 - Bairro: CIDADE SATELITE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-529
15 - E-mail: monatoSilva638@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:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3021 CONTA: 000 54319 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34 - ☐ Não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA 15/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029517/2019

DADOS DO REGISTRO

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

Local do Fato

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

Bairro: Cidade Satélite

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUSA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Araguaína
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais
Nome da Mãe: Albertina Alves de Sousa

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: AV. JARDIM
Bairro: CIDADE SATELITE

Nº: 403



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO HISTÓRICO

O comunicante compareceu a Esta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados Conduzia UMA MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ES DE COR PRETA FACA NAP-8365 CHASSI 9C2KD0550DR356480 que está em nome do comunicante e seguia pela Rua Dom José Nepote QUANDO foi Colidido na traseira de sua Motocicleta por um veículo. Que devido ao acidente o comunicante sofreu lesão corporal e foi socorrido ao hospital pelo Resgate. Que não deseja representar criminalmente. Registro somente para fins do Seguro DPVAT. Fim o relato.

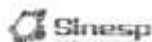
ASSINATURAS

Ernandes Ferreira
Agente de Polícia
Mat. 042000612

Ernandes 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(a) único(a) responsável pelo(a) fato(s) acima relatado(s) e que não tenho ciência de nenhuma outra pessoa que possa responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Corrupção Falsa do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Alexander Lopes da Silva
Impresso por: Ernandes 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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029517/2019

DADOS DO REGISTRO

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

Local do Fato

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

Bairro: Cidade Satélite

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUSA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Araguaína

Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais

Nome da Mãe: Albertina Alves de Sousa

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: AV. JARDIM
Bairro: CIDADE SATELITE

Nº: 403



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO HISTÓRICO

O comunicante compareceu a Esta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados Conduzia UMA MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ES DE COR PRETA FACA NAP-8365 CHASSI 9C2KD0550DR356480 que está em nome do comunicante e seguia pela Rua Dom José Nepote QUANDO foi Colidido na traseira de sua Motocicleta por um veículo. Que devido ao acidente o comunicante sofreu lesão corporal e foi socorrido ao hospital pelo Resgate. Que não deseja representar criminalmente. Registro somente para fins do Seguro DPVAT. Fim o relato.

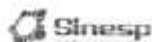
ASSINATURAS

Ernandes Ferreira
Agente de Polícia
Mat. 042000612

Ernandes 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 pelo(a) conteúdo(s) acima relatado(s) e que não tenho ciência de qualquer outro fato que possa responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Corrupção Falsa do Código Penal Brasileiro."



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

Página 1 de 1

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Escolha o(s) tipo(s) do acidente: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

1 - Nº da inscrição ASL: 944.205.801-00 2 - CPF do segurado: 944.205.801-00 3 - Nome completo do segurado: JOSE GARCIA ALVES SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (TITULAR/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPLENTE Nº 42/2012

4 - Nome completo: JOSE GARCIA ALVES SOUZA 5 - CPF: 944.205.801-00

6 - Profissão: ROCEIRO 7 - Endereço: AV. LAADIM 888-1B, A. 403 8 - Número: 818 9 - Complemento: APT 403

10 - Bairro: Cidade Satélite 11 - Cidade: BOA VISTA 12 - Estado: RR 13 - CEP: 69.317-529

14 - E-mail: monato.silva.638@gmail.com 15 - Telefone: 95.991.14.4021

16 - Nome completo do Representante Legal (PAI, FILHO E CONJUGADO) PARA VÍTIMA: INDEFINIDA (MENOR ENTRE 14 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR)

17 - Nome completo da Representante Legal: INDEFINIDA

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO EM PAGAR ☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 1.999,00 ☐ R\$ 501,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 1.999,00 ☐ ACIMA DE R\$ 2.000,00

☒ CONTA POU-PANCA (Poupança para o futuro) ☐ CONTA CORRENTE (Contas correntes)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (004)

AGÊNCIA: 3021 CONTA: 000.543.19 AGÊNCIA: INDEFINIDA CONTA: INDEFINIDA

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, em favor do(a) direito reconhecendo a dívida, desde lá e somando após a efetivação do crédito, o valor 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 não há impedimento 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 fato que sirva de 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 a realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido

Solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica anexa para ser a apresentação ao IML, concordando, desde já, em submeter a análise médica presencial, caso necessário, à Agência da Seguradora Líder para verificação da existência e a realização das lesões pessoais dos dependentes do acidente de trânsito causados por veículo automotor, conforme disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concessão ou não de uma avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Graus de parentesco com a vítima: INDEFINIDA 24 - Último dia de vida da vítima: INDEFINIDA 25 - Sexo da vítima: INDEFINIDA 26 - Data de nascimento da vítima: INDEFINIDA 27 - Se a vítima tinha dependente(s), informar o nome completo: INDEFINIDA

28 - Se a vítima tinha dependente(s): INDEFINIDA 29 - Se a vítima tinha dependente(s): INDEFINIDA 30 - Se a vítima tinha dependente(s): INDEFINIDA 31 - Se a vítima tinha dependente(s): INDEFINIDA 32 - Se a vítima tinha dependente(s): INDEFINIDA 33 - Se a vítima tinha dependente(s): INDEFINIDA

Declaro, sob as penas da Lei, que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que a qualquer omissão ou destruição das informações poderá gerar a anulação de rescisão ou rescisão rescisória, a ser de responsabilidade criminal por infração ao artigo 306 do Código Penal.

34 - Nome legítimo de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA 35 - CPF legítimo de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA 36 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

37 - Nome: INDEFINIDA 38 - CPF: INDEFINIDA 39 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

40 - Nome: INDEFINIDA 41 - CPF: INDEFINIDA 42 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

43 - Nome: INDEFINIDA 44 - CPF: INDEFINIDA 45 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

46 - Nome: INDEFINIDA 47 - CPF: INDEFINIDA 48 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

49 - Nome: INDEFINIDA 50 - CPF: INDEFINIDA 51 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

52 - Nome: INDEFINIDA 53 - CPF: INDEFINIDA 54 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

55 - Nome: INDEFINIDA 56 - CPF: INDEFINIDA 57 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

58 - Nome: INDEFINIDA 59 - CPF: INDEFINIDA 60 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

61 - Nome: INDEFINIDA 62 - CPF: INDEFINIDA 63 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

64 - Nome: INDEFINIDA 65 - CPF: INDEFINIDA 66 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

67 - Nome: INDEFINIDA 68 - CPF: INDEFINIDA 69 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

70 - Nome: INDEFINIDA 71 - CPF: INDEFINIDA 72 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

73 - Nome: INDEFINIDA 74 - CPF: INDEFINIDA 75 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

76 - Nome: INDEFINIDA 77 - CPF: INDEFINIDA 78 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

79 - Nome: INDEFINIDA 80 - CPF: INDEFINIDA 81 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

82 - Nome: INDEFINIDA 83 - CPF: INDEFINIDA 84 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

85 - Nome: INDEFINIDA 86 - CPF: INDEFINIDA 87 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

88 - Nome: INDEFINIDA 89 - CPF: INDEFINIDA 90 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

91 - Nome: INDEFINIDA 92 - CPF: INDEFINIDA 93 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

94 - Nome: INDEFINIDA 95 - CPF: INDEFINIDA 96 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

97 - Nome: INDEFINIDA 98 - CPF: INDEFINIDA 99 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

100 - Nome: INDEFINIDA 101 - CPF: INDEFINIDA 102 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

103 - Nome: INDEFINIDA 104 - CPF: INDEFINIDA 105 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

106 - Nome: INDEFINIDA 107 - CPF: INDEFINIDA 108 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

109 - Nome: INDEFINIDA 110 - CPF: INDEFINIDA 111 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

112 - Nome: INDEFINIDA 113 - CPF: INDEFINIDA 114 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

115 - Nome: INDEFINIDA 116 - CPF: INDEFINIDA 117 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

118 - Nome: INDEFINIDA 119 - CPF: INDEFINIDA 120 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

121 - Nome: INDEFINIDA 122 - CPF: INDEFINIDA 123 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

124 - Nome: INDEFINIDA 125 - CPF: INDEFINIDA 126 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

127 - Nome: INDEFINIDA 128 - CPF: INDEFINIDA 129 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

130 - Nome: INDEFINIDA 131 - CPF: INDEFINIDA 132 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

133 - Nome: INDEFINIDA 134 - CPF: INDEFINIDA 135 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

136 - Nome: INDEFINIDA 137 - CPF: INDEFINIDA 138 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

139 - Nome: INDEFINIDA 140 - CPF: INDEFINIDA 141 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

142 - Nome: INDEFINIDA 143 - CPF: INDEFINIDA 144 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

145 - Nome: INDEFINIDA 146 - CPF: INDEFINIDA 147 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

148 - Nome: INDEFINIDA 149 - CPF: INDEFINIDA 150 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

151 - Nome: INDEFINIDA 152 - CPF: INDEFINIDA 153 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

154 - Nome: INDEFINIDA 155 - CPF: INDEFINIDA 156 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

157 - Nome: INDEFINIDA 158 - CPF: INDEFINIDA 159 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

160 - Nome: INDEFINIDA 161 - CPF: INDEFINIDA 162 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

163 - Nome: INDEFINIDA 164 - CPF: INDEFINIDA 165 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

166 - Nome: INDEFINIDA 167 - CPF: INDEFINIDA 168 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

169 - Nome: INDEFINIDA 170 - CPF: INDEFINIDA 171 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

172 - Nome: INDEFINIDA 173 - CPF: INDEFINIDA 174 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

175 - Nome: INDEFINIDA 176 - CPF: INDEFINIDA 177 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

178 - Nome: INDEFINIDA 179 - CPF: INDEFINIDA 180 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

181 - Nome: INDEFINIDA 182 - CPF: INDEFINIDA 183 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

184 - Nome: INDEFINIDA 185 - CPF: INDEFINIDA 186 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

187 - Nome: INDEFINIDA 188 - CPF: INDEFINIDA 189 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

190 - Nome: INDEFINIDA 191 - CPF: INDEFINIDA 192 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

193 - Nome: INDEFINIDA 194 - CPF: INDEFINIDA 195 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

196 - Nome: INDEFINIDA 197 - CPF: INDEFINIDA 198 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

199 - Nome: INDEFINIDA 200 - CPF: INDEFINIDA 201 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

202 - Nome: INDEFINIDA 203 - CPF: INDEFINIDA 204 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

205 - Nome: INDEFINIDA 206 - CPF: INDEFINIDA 207 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

208 - Nome: INDEFINIDA 209 - CPF: INDEFINIDA 210 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

211 - Nome: INDEFINIDA 212 - CPF: INDEFINIDA 213 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

214 - Nome: INDEFINIDA 215 - CPF: INDEFINIDA 216 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

217 - Nome: INDEFINIDA 218 - CPF: INDEFINIDA 219 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

220 - Nome: INDEFINIDA 221 - CPF: INDEFINIDA 222 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

223 - Nome: INDEFINIDA 224 - CPF: INDEFINIDA 225 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

226 - Nome: INDEFINIDA 227 - CPF: INDEFINIDA 228 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

229 - Nome: INDEFINIDA 230 - CPF: INDEFINIDA 231 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

232 - Nome: INDEFINIDA 233 - CPF: INDEFINIDA 234 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

235 - Nome: INDEFINIDA 236 - CPF: INDEFINIDA 237 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

238 - Nome: INDEFINIDA 239 - CPF: INDEFINIDA 240 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

241 - Nome: INDEFINIDA 242 - CPF: INDEFINIDA 243 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

244 - Nome: INDEFINIDA 245 - CPF: INDEFINIDA 246 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

247 - Nome: INDEFINIDA 248 - CPF: INDEFINIDA 249 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

250 - Nome: INDEFINIDA 251 - CPF: INDEFINIDA 252 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

253 - Nome: INDEFINIDA 254 - CPF: INDEFINIDA 255 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

256 - Nome: INDEFINIDA 257 - CPF: INDEFINIDA 258 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

259 - Nome: INDEFINIDA 260 - CPF: INDEFINIDA 261 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

262 - Nome: INDEFINIDA 263 - CPF: INDEFINIDA 264 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

265 - Nome: INDEFINIDA 266 - CPF: INDEFINIDA 267 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

268 - Nome: INDEFINIDA 269 - CPF: INDEFINIDA 270 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

271 - Nome: INDEFINIDA 272 - CPF: INDEFINIDA 273 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

274 - Nome: INDEFINIDA 275 - CPF: INDEFINIDA 276 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

277 - Nome: INDEFINIDA 278 - CPF: INDEFINIDA 279 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

280 - Nome: INDEFINIDA 281 - CPF: INDEFINIDA 282 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

283 - Nome: INDEFINIDA 284 - CPF: INDEFINIDA 285 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

286 - Nome: INDEFINIDA 287 - CPF: INDEFINIDA 288 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

289 - Nome: INDEFINIDA 290 - CPF: INDEFINIDA 291 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

292 - Nome: INDEFINIDA 293 - CPF: INDEFINIDA 294 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

295 - Nome: INDEFINIDA 296 - CPF: INDEFINIDA 297 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

298 - Nome: INDEFINIDA 299 - CPF: INDEFINIDA 300 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

301 - Nome: INDEFINIDA 302 - CPF: INDEFINIDA 303 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

304 - Nome: INDEFINIDA 305 - CPF: INDEFINIDA 306 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

307 - Nome: INDEFINIDA 308 - CPF: INDEFINIDA 309 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

310 - Nome: INDEFINIDA 311 - CPF: INDEFINIDA 312 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

313 - Nome: INDEFINIDA 314 - CPF: INDEFINIDA 315 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

316 - Nome: INDEFINIDA 317 - CPF: INDEFINIDA 318 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

319 - Nome: INDEFINIDA 320 - CPF: INDEFINIDA 321 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

322 - Nome: INDEFINIDA 323 - CPF: INDEFINIDA 324 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

325 - Nome: INDEFINIDA 326 - CPF: INDEFINIDA 327 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

328 - Nome: INDEFINIDA 329 - CPF: INDEFINIDA 330 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

331 - Nome: INDEFINIDA 332 - CPF: INDEFINIDA 333 - Assinatura de quem assina a pedido (a requerente): INDEFINIDA

334 - Nome:

Escolha (x) (tipo) de cobertura:



DAMN (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do título do AS:

3 - CPF do titular:
944.205.804-00

4 - Nome completo do titular:
JOSE GARCIA ALVES SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E MENSAL DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (CÓPIA DO TITULO DO AS/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 404/2012

5 - Nome completo:

JOSE GARCIA ALVES SOUZA

6 - CPF:

944.205.804-00

7 - Endereço:

RODOLFO

8 - Cidade:

AV. IACIM 888-18-A-403

9 - Estado:

RR

10 - CEP:

69.312-529

11 - Bairro:

Cidade Satellite

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.312-529

15 - e-mail:

monato.silva.638@gmail.com

16 - Telefone:

952.991.144-21

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL: PAÍS, TITULO E CURADOR: PESSOA FÍSICA MENOR ENTRE 0 A 14 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Posição do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO EM FORMAR



SEM RENDA



Até R\$1.000,00



R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - CONTA DOU PARÇA (Salvo para pessoas físicas do tipo Pessoa Física - PF):

☐ Renda (R\$)

☐ Ilha (M1)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (101)

AGÊNCIA: **3021**

CONTA: **000.543.19**

2

(Informe a agência de origem)

(Informe a agência de destino)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, da minha titularidade, o valor do indenizatório/mensalidade do Seguro DPVAT e que eu liberei crédito, resguardando e dando, desde já a ciência após a efetivação do crédito, qualquer 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 não há impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (art. 154/76), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência;
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT;
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não se encontra 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, considerando, desde já, que eu assumo a responsabilidade médica presente, caso necessário, as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e extensão das lesões e a indenização decorrente da ocorrência de acidente causado por veículo automotor, com que o doador me foi 5.154,74.

Declaro que esta autorização não é a única prevista em lei e não exclui a futura avaliação médica ou renúncia a direito de contestar a avaliação médica, caso discordo da mesma.

DECLARAÇÃO DE ÔNUS BENEFICÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE ANUITE

23 - Grau de parentesco com o titular: ☐ 24 - Vítima casou com o titular: ☐ 25 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome completo: _____

26 - Vítima tem filhos: ☐ 27 - Se tinha filhos, informar Vítima: ☐ 28 - Se tinha filhos, informar Vítima: ☐ 29 - Se tinha filhos, informar Vítima: ☐ 30 - Se tinha filhos, informar Vítima: ☐ 31 - Se tinha filhos, informar Vítima: ☐ 32 - Se tinha filhos, informar Vítima: ☐ 33 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ 34 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ 35 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ 36 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ 37 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome completo: _____

Declaro, sob as penas da Lei, que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização ou Seguro DPVAT por morte líquida e definitiva, caso se apresentarem e comprovarem esta condição, estando certa, única, e não qualquer omissão ou omissão não será admissível para a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal, por infração do artigo 298 do Código Penal.

38 - Nome legal de quem assina a petição (a ração):
39 - CPF legal de quem assina a petição (a ração):
40 - Assinatura de quem assina a petição (a ração):

41 - Nome: _____
42 - CPF: _____
43 - Assinatura da testemunha:
44 - Nome: _____
45 - CPF: _____
46 - Assinatura da testemunha:

47 - Local e Data: **BOA VISTA 15/10/19**

JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA

48 - Assinatura do titular/beneficiário (duplamente)

MONATO SILVA

49 - Assinatura do Procurador (se houver)

50 - Assinatura do Representante Legal (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"/> 1ª CIA <input type="checkbox"/> 2ª CIA <input type="checkbox"/> 3ª CIA		<input checked="" 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	26.509
H/SAÍDA	H/NO LOCAL	SAÍDA 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:

ENDEREÇO: Rua Dom José Nepore Nº s/n BAIRRO: Cidade Sarelite
CIDADE: Boa Vista PONTO DE REFERÊNCIA: Prox. Av. Dom Aparecido
LOCAL DA OCORRÊNCIA: ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA ☐ OUTRO:

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: José Garcia Alves de Sousa RG/CPF: 356322-7
D.N.: 19-01-67 IDADE: 53 SEXO: ☒ Masculino ☐ Feminino PNS: ☐ Sim ☒ Não
ENDEREÇO: Av. Jordem, Bloco 18 Cond. Aço Nº 403 BAIRRO: Cidade Sarelite
CIDADE: Boa 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 ☒ Não
Se sim, qual? ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ Homossexual
☐ Outro:
Deseja informar identidade de gênero? ☐ Sim ☒ Não
Se sim, qual? ☐ Homem transexual ☐ Mulher transexual
☐ Travesti ☐ Outro:

3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

☐ Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.
☐ O paciente/vítima recusou assinar o termo de recusa de atendimento.

Assinatura do paciente/vítima:	RG Nº	SSP/
Testemunha:	RG Nº:	SSP/
Testemunha:	RG Nº:	SSP/

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

Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. A dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado <input type="checkbox"/> 4. Confuso <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2. Sons incomp./ Gemidos <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais <input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. Reage a dor <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	15 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"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. A dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 5. Palavras/sorriso/olhar acompanha. <input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado. <input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente. <input type="checkbox"/> 2. Agitação. <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros. <input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso. <input type="checkbox"/> 4. Sente dor, mas não retira. <input type="checkbox"/> 3. Flexão a dor (Decorticação). <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração). <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	— Pontos

SINAIS VITAIS

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

6. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

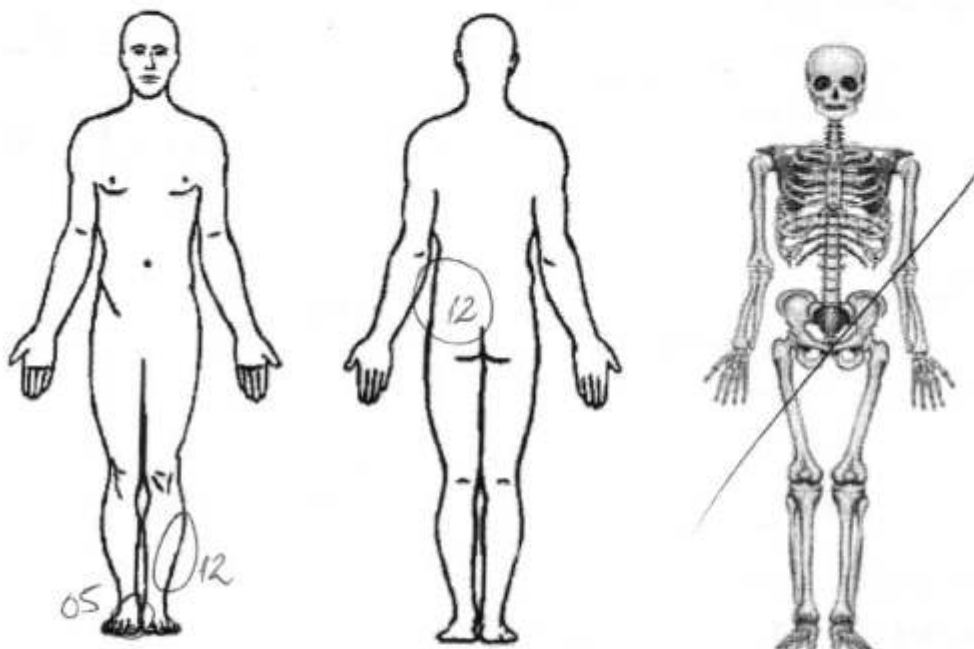
ALERGIA: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):
USO DE MEDICAMENTOS: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):
PARENTEMENTE ALCOOLIZADO: ☒ SIM ☐ NÃO



8. CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA

☐ Óbito evidente ☐ PCR ☐ Vítima encarcerada ☐ Vítima atropelada ☐ 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 retirado, nos unidades de populares e esposa. Queixava-se somente de dores na região do tornozelo direito, onde depois de uma avaliação não podemos detectar possível fratura, somente ferimento em tecido mole. Guise o conduzimos 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

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

Aos cuidados de: _____ RG: _____ Telefone: _____

12. UNIDADE DE SAÚDE

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

13. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

☒ Estável ☐ Instável ☐ Crítico

14. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Chefe de equipe: _____ Socorrista(s): _____ Condutor da VTR _____ Resp. pelo preenchimento _____

ST Tavares Sd Cardoso Sd Vilanova Sd 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: 000000054319-2

Nr. da Autenticação E3704A2A9C63E22B

Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

Nº da Nota Fiscal 003227308

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada

pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAMÉIS	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 Medido:	403		Emissão: 11/07/2019
Consumo Faturado:	403	FCAM	Apresentação: 12/07/2019

NORMAL

31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14EDB032750	1423110	1.1.1.2	357

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO 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/18 317	
NOV/18 414	
OUT/18 409	
SET/18 387	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 403 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800/019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 16 11 18 21 26
Parabéns! Até o dia 11/07/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO F8B0.8BC6.D8B2.7ED1.1CA6.CA09.FD61.D9F9

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 79,10	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 S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CODIGO
0135682-8

TOTAL A PAGAR - R\$
314,55

MÊS FATURADO
07/2019

VENCIMENTO
01/08/2019

Nº da Nota Fiscal

003227308

FCAM

83620000003 9 14550075000 8 000000000135 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	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	15437802
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
06/06/2019	04/07/2019	28	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
06/2019	0	05/2019	0	04/2019	0

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
ÁGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019		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 Nº 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	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	07/2019	17	43,74	05.1970

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



Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

Nº da Nota Fiscal 003227308

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 368/13

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada

pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAMÉIS	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 Medido:	403		Emissão: 11/07/2019
Consumo Faturado:	403	FCAM	Apresentação: 12/07/2019

NORMAL

31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14EDB032750	1423110	1.1.1.2	357

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO 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/18 317	
NOV/18 414	
OUT/18 409	
SET/18 387	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 403 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800/019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 16 11 18 21 26
Parabéns! Até o dia 11/07/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO F8B0.8BC6.D8B2.7ED1.1CA6.CA09.FD61.D9F9

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 79,10	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 S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CODIGO
0135682-8

TOTAL A PAGAR - R\$
314,55

MÊS FATURADO
07/2019

VENCIMENTO
01/08/2019

Nº da Nota Fiscal

003227308 FCAM

83620000003 9 14550075000 8 000000000135 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	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	15437802
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
06/06/2019	04/07/2019	28	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
06/2019	0	05/2019	0	04/2019	0

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
ÁGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019		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 Nº 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	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	07/2019	17	43,74	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 faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 INVALIDOZ 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: Recusou Renda: Recusou 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 Rua: 05		Número 121	Complemento
Bairro Cidade Satélite	Cidade Boa Vista	Estado RR	CEP 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
Assinatura do Declarante

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

1ª Classificação / Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1901143776 03/08/2019 12:58:19 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 10

Paciente: **JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA** Data Nascimento: **19/01/1967** Idade: **52 A 6 M 15 D** CNS: **702009348349385** CPF: **94420580100** Prontuário

Tipo Doc: **Documentos** Órgão Emissor: **SSPRR** Data Emissão: **09/06/2015** Sexo: **M** Estado Civil: **UNIAO** Raça/Cor: **PARDA** Naturalidade: **BOA VISTA - RR** Nacionalidade: **BRASILEIRA**

Mão: **ALBERTINA ALVES DE SOUSA** Contato: **(95) 99152-5957**

Endereço: **AVENIDA - JARDIM - 403 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR** Ocupação: **AUTÔNOMO**

Class. do Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: **Validade: Autorização: Sis Prenatal**

Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caracter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: **Procedência: Temp. Peso Pressão**

Sector: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol.: **Registrado por: WALDEMAR STOCKER**

Queixa Principal: **() Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue**

Anamnese do Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

COUSÃO COMO MOTO - PACIENTE MOTORISTA

COM TRAMPA EM TORAXE D

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

PARACETAMOL 500mg 18:00

TRAMADOL 50mg 18:00

CLORAZEPATO 15mg 18:00

CLORAZEPATO 15mg 18:00

CLORAZEPATO 15mg 18:00

CLORAZEPATO 15mg 18:00

CLORAZEPATO 15mg 18:00

CLORAZEPATO 15mg 18:00

CLORAZEPATO 15mg 18:00

CLORAZEPATO 15mg 18:00

CLORAZEPATO 15mg 18:00

CLORAZEPATO 15mg 18:00

CLORAZEPATO 15mg 18:00

CLORAZEPATO 15mg 18:00

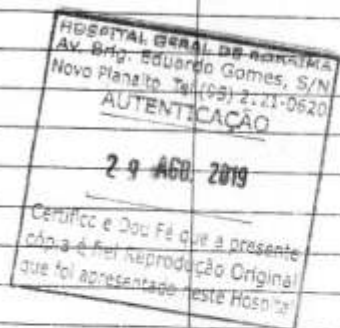
CLORAZEPATO 15mg 18:00

CLORAZEPATO 15mg 18:00

CLORAZEPATO 15mg 18:00

CLORAZEPATO 15mg 18:00

CLORAZEPATO 15mg 18:00



Assinatura do Paciente ou Responsável

Dr. Jorge Barros Freitas
Médico
Assinatura do Médico

Impresso por: waldemar.stocker
Data Hora: 03/08/2019 12:57:01



Stocker

ORTOPEDIA

Paciente cirúrgica Admitida
por traumatismo de tornozelo
em TNE (D).

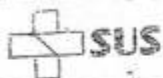
Lesão em parte menor

da fíbula TNE (D)

Adi. Ao Centro Unibem

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1917/R

alt: 09/08/19



Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

João Carlos Alves de Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

174379

7 - CARTEIRA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7012009348349385

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/01/67

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Albertina Alves de Souza

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Av. Jardim 63, Cidade Satélite

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RR

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente com quadro exposto de pilão flexível D

18 - MOTIVO DA INTERNAÇÃO

A Pilão

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

RX + exame físico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

ex exposto de pilão flexível D

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Lombos

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0408030543

5823

1299

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

3/8/19



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

52^{da}

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA		
Jose Garcia Alves de Sousa		1901143776	03 / 08 / 19		
CIRURGIA					
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO				
Fixação Externa de Píleo "D"	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL		
	14:50	15:48			
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		Dr. Fabian		
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:				
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
Res. Pablo	CIRCULANTE				
Res. Pedro / Res. Augusto	Soores e Hilma				
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		100	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
4	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
3	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2.0	
10	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSE cateter D2	
3	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº Equip. macrogota	
5	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Agulha P/ roque	
3	SERINGA 20ML		5	FITA CARDIACA Eletrodes	
			<input checked="" type="checkbox"/>	OUTROS: Atadura de crepom	

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

INSTRUMENTADOR(A)

ENFERMEIRA CHEFE

Gabriela

Aline

FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS

CIRCULANTE DE SALA

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB- TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 3.5.19 O.S. _____

Jose Garcia Alves
de Souza

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º aUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em JDM sob sedação profunda.
 - 2) Anestesia e Analgesia.
 - 3) Colocação do campo estéril + um controle de 5x0,9%.
 - 4) Fissura de fratura e redução com pinos de Stein, tipo delta, com controle radiográfico.
 - 5) Sutura com vicril 2,0
 - 6) Curativos
 - 7) AO RPA
- col. vicral por Dr. Rogério

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Paralela dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

JOSÉ GARGA ALVES DE SOUZA

0310619

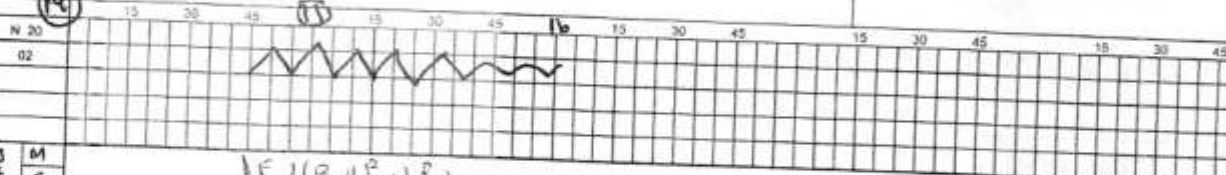
PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

- Minoxidil 2 mg @
- Ranitidil 50 mg @

Nº

RUB-M

AGENTES



LIQUIDOS VENOSOS

J
E
C
M
E
17

LF/P/P/P/P
500 500 500 500

DA

°C

240

X

38

220

ULSO

36

200

ANES

34

180

X

32

160

OP

30

140

O

120

100

TEMP

100

80

ASPIR.

80

60

A

60

40

RESP

40

20

O

20

0

Export

Assist

Centro

SÍMBOLOS

A X @

A O X B @

AGENTES

A Propofol 0.5% 10 mg

DOSES

TECNICA

PROPOFOL 0.5% 10 mg

via intravenosa c/ AG

desintox 2.5 G - Ventilação

C-S20/10mm

Cânula - Nasal / Oro Faringea

Naso / Orofaringea - Cego

Bal - Tampa - Calibre da Tuba

Suporte Mascara

Dificuldade Técnica

TEMPO DE ANESTESIA

01:15h

ANOTAÇÕES

X - Check list: monitorização vital, constantes, reflexos, saturação

1 - O2 sob cm de 10 l/min

2 - Aspirado e Antecorpus

de lamber

3 - Bloqueio c/ Propofol 0.5%

lambem L3-L4 1ml 25g

4 - Injeção de Propofol 2.5% (10ml)

2/5/2024

GLICOSE

LIQUIDOS

NDCC

SANGUE

SF 0.9% 2000

TOTAL

2000 ml

OPERAÇÃO

Fixação de torniquete

Tomografia (pico) direito

ANESTESIA

Propofol / 0.5% 10 mg

CODIGO

CIURURGIA

Propofol / 0.5%

PERDA SANGUINEA

compensar

Laringe - Espasmo - Excesso Secre

Depressão Respiratória - Hipoxia

"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Arritmia

Braditardia - Choque

Dr. Alberto P. de Oliveira
Anestesiologista

SOL

Nome: Jose Garcia Alves de Sousa

Data de Nascimento: 19/01/1967 Idade: 52 anos

Setor/Leito: 52005

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

Data: 03/08/2019

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta: Exatoma extenu

Informações: Exatoma extenu

Entrada na Sala: 14:15 Início da Anestesia: 14:35 Início da Cirurgia: 14:50 Término da Cirurgia: 15:48 Término da Anestesia: 15:48

1. Informações: Exatoma extenu

2. Chegou ao Centro Cirúrgico: 14:15

3. Sinais Vitais: FC 104 bpm PA 159x103 mmHg SAT 94 %

4. Anotações (Admissão do Paciente): Exatoma extenu

5. Anotações (Pós-operatório): Exatoma extenu

6. Anotações (Evolução/Alta do Paciente): Exatoma extenu

7. Anotações (Evolução/Alta do Paciente): Exatoma extenu

8. Anotações (Evolução/Alta do Paciente): Exatoma extenu

9. Anotações (Evolução/Alta do Paciente): Exatoma extenu

10. Anotações (Evolução/Alta do Paciente): Exatoma extenu

11. Anotações (Evolução/Alta do Paciente): Exatoma extenu

12. Anotações (Evolução/Alta do Paciente): Exatoma extenu

13. Anotações (Evolução/Alta do Paciente): Exatoma extenu

14. Anotações (Evolução/Alta do Paciente): Exatoma extenu

15. Anotações (Evolução/Alta do Paciente): Exatoma extenu

16. Anotações (Evolução/Alta do Paciente): Exatoma extenu

17. Anotações (Evolução/Alta do Paciente): Exatoma extenu

18. Anotações (Evolução/Alta do Paciente): Exatoma extenu

19. Anotações (Evolução/Alta do Paciente): Exatoma extenu

401-1

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				HGR 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		LEITO		DATA		
52		401-1		08/08/2019		
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 VO DE 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 + SF 0.9% 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	120/70	70	20	36
17-18 H	130/76	84	39	35.92
24 H	130/94	86	20	35.6

06 100/100 77 21 362

Dr. Fernando Rezende
Médico Responsável Ortopedia e Traumatologia
C.R.O. 2011

T-505

Blanco 02
Maca 02

~~405-1~~ 405-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE <i>Jose Carlos Alves de Souza</i>				
AGNÓSTICO <i>fr de João Paulo D.</i>				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	DATA	3/8/19
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			Manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			18:00 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			18:00 06/12
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			14:00
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H			18:00 06/12
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H			Suspensão
12	<i>Gentamicina 240mg EV 1x ao dia</i>			
13				
14				
15				
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H			18:00 06/12
18	CURATIVO DIÁRIO			
19				
20				
21				

Dr. Augusto R. R. R.
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 1004

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

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

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	124/81	106	36.5c
6 H	132/84	95	36.5c

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

18:30 PA=137x93 P=112 T=36.5c

~~405-1~~ 405-1



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

Bloco:	Data: 08/08/19	Enfermaria: 401	Leito: 1
Nome Completo:	Jose Gonçalo Alves de Sousa		
Hipótese Diagnóstica:	Parkinson M.D. e fibrilador externo		
Isolamento ou Precaução:	() Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos		
Alergia:	() Sim () Não Qual (is):		
Necessidade de Intérprete?	() Sim () Não Qual idioma:		
Possui acompanhante:	() Sim () Não Obs: e/ Moleto		
Deambulação:	() Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante		
SISTEMA NEUROLÓGICO			
() Consciente () Orientado () Desorientado			
() Sedado () Torpido () Comatoso			
() Agitado () Reage a estímulos () Não reage			
PUPILAS			
() Fotorreagente () Mióticas () Midríaticas			
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes			
REGULAÇÃO TÉRMICA			
() Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico			
() Febril () Febre () Pirexia			
() Hiperpirexia			
CARACTERÍSTICAS DA PELE			
() Hidratada () Desidratada () Ressecada			
() Normocorada () Hipocorada () Hiperacorada			
() Anictérica () Ictérica () Cianótica			
() Aclanótica () Edema Local:			
Úlcera por pressão: () Sim () Não			
Região:			
Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO			
SISTEMA CARDIOVASCULAR			
() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____			
() Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____			
() Pulso Chelo () Filiforme () Arritmico Pulso: _____			
ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			
() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT			
Aceltação da dieta: () Sim () Não () Parcial			
Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia			
() Normal () Diarreia () Constipação () Melena			
Flatos: () Presente () Ausente			
REGULAÇÃO ABDOMINAL			
() Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido			
() Ascítico () Maciço () Timpânico			
Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente			
Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não			
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			
() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria			
() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria			
() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen			
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia			
Oxigenoterapia () Sim () Não Qual:			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			
Cateter Periférico: () Sim () Não Local: MSD Data: 07/08/19 Trocar em: _____			
Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____			
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não			
Sondas: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT () Lavagem () Sifonagem			
Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____			
Cateter Vesical: () Sim () Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____			
Prótese: () Sim () Não Tipo: _____ Local: _____			
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			
Não 0			
Sim 20			
2. Diagnóstico Secundário			
Não 0			
Sim 15			
3. Auxílio na Deambulação			
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0			
Muleta/Bengala/Andador 15			
Mobiliário Parede 30			
TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45			
Prescrição para prevenção de queda no verso			

Risco
Médio

Lucirene de Lima Campos
ENFERMEIRA
COREN/RJ 254.349

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

Paciente: paciente Álvaro da Silva
Data: 10/05/2010

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: Fabien

PACIENTE CONFIRMADO:

☒ Identidade☒ Sítio Cirúrgico☒ Procedimento☒ Consentimento ☒ Sim ☐ Não

Paciente consciente

☒ Não se Aplica

Paciente inconsciente

☒ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

☒ CONFERÊNCIA DO PULSO NO PACIENTE EM

PACIENTE POSSÍVEL

☒ Sim, Quant: 3

PACIENTE POSSÍVEL DE ASPIRAÇÃO

☒ Sim, e equipamento/assistência disponível

PACIENTE POSSÍVEL DE ASPIRAÇÃO > 500 ml

☒ Sim, e equipamento adequado e planejamentoDr. Álvaro J. M. Henriques
Anestesiologista
CRM: 208
CBO: 194Assinatura: 3.6.11Hora: 10h

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

PACIENTE CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente☒ Sítio cirúrgico☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumental, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFISSÃO ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica☐ Sim,Qual: 10h

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☐ Sim☒ Não se aplica

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANÁLISE PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☒ Não

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM AS PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se AplicaAssinatura: Sérgio Swarna - 21341-14

Assinatura e Carimbo

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

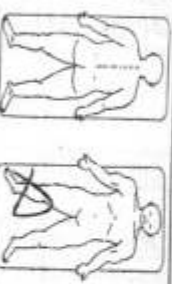
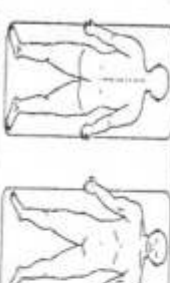
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Jose Garcia

Leito: 404-1

Data: 06/08/19

Localização		Região: <u>M10</u>		Região: _____
Etiologia	() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	Grau: I () II <input checked="" type="checkbox"/> 2	() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> () Ortopedia () Outro:	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Estacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		() Necrose: Amarela/Negra () Estacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	() Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Umido () Seco		() Molhado () Umido () Seco	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70%		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Atc</u>		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	
Troca	() 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<u>Bruna S. Pereira</u> Técnica de Enfermagem COREN-RR 816356	<u>Berenice Sonia Carlos</u> Técnica de Enfermagem COREN-RR 387072		
Observações:				

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			HGR 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	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	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. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM RR 1995

Act By 1 LOTE, AAA, ~~Declaro~~
ATM + retorno na HCU
SI Sino. Hgstr

401-1

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HER Hospital Geral de Roraima	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO		FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		DATA		04/08/2019	
ITEM		HORÁRIO					
1		DIETA ORAL LIVRE					
2		AVP					
3		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
4		TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N					
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N					
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N					
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8		TRAMAL 100MG + 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 CONDUZIDA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
11/12 H	130/77	81	17	35.1
18 H	133/80	75	-	36.4
24 H	120/60	81	20	36.4

Dr. Jesus da Silva Aguiar
CRM-RR 566

6H
Paciente e/ou queixas após medicado em, após o
SSVV + coleta de exames lab.

Elizabeth Gomes da Silva
Téc. Enfermagem
COREN-RR 650.492 TE
E12del



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

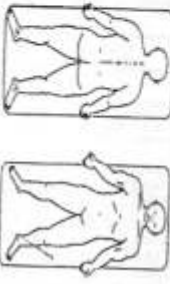
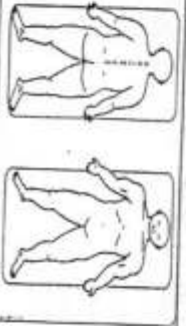
Paciente:

José Garcia Alves



Leito:

401.1

Data: 08 / 08 / 19

Localização		Região: <u>M. I. D.</u> Grau: I () II (X)		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: <u>F.O.</u>	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro:		
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____ (X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		
Pele Perilesional	() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento (X) Serossangüíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossangüíneo () Seco () Outro:		
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco		
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%		
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	<u>Patricia N. Viana</u> Auxiliar de Enfermagem COBEN-RR 449.709	<u>Jucilene Moreira</u> Auxiliar de Enfermagem COBEN-RR 453.954		
Observações:	<u>Leito 401.1</u> 			

2401-1 *du Norte*

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	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	07/08/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA LIVRE				<i>SUB</i>
2	AVP				<i>monte</i>
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				<i>SA</i>
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				<i>12:30 4:06</i>
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12				<i>08:20</i>
12	SSVV + CCGG 6/6H				<i>19:00</i>
13	CURATIVO DIÁRIO				<i>M</i>
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	110x83	84	17	35.5
18 H	138x79	80	18	36.8
24 H	133x77	90		35.9

Dr. Marcos Aguiar
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 1995

OGU 130/80 92 19mpm 36.1°C

Bloco D

405-1
405-1

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				HGR	
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		S/N					
2 AVP		Monte					
3 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		S/N					
4 TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N		S/N					
5 DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N		12/18/24/06					
6 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N		06/06					
7 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		S/N					
8 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		S/N					
9 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		14/22/06					
10 CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6		12/18/24/06					
11 CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12		Suspensão					
12 SSVV + CCGG 6/6H		12/18/24/06					
13 CURATIVO DIÁRIO		Rebiger					
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	140x89	83	-	36
18 H	150x96	84	-	36,1
24 H	140x90	92	19 respir	35,9°C

06h 140x80 89 19 respir 36,1°C

Dr. Fernando Rezende
Médico Ortopedista

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

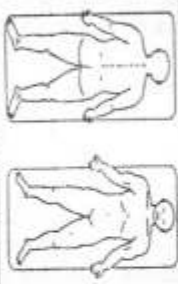
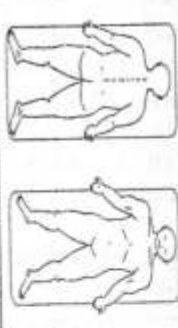
Atualizada: 12/2018

Paciente:



Leito: 401.1

Data: 07/08/2019

Jose Garcia Alves

Localização		Região: <u>MI D</u>		Região: <u>MS D</u>
Etiologia	Grau: I () II (X) () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> X Fixador Externo () ortopedia () Outro:			
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (X) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros (X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:			
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro:			
Tipo de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%			
Solução de Limpeza	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Morais Técnica Enfermagem COREN-RR 965177		Ana Carolina da Silva Técnica Enfermagem COREN-RR 965177	
Observações:	() 12/12 (X) Diário () 48/48h			

201-1

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO		FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		DATA		09/08/2019	
ITEM		HORÁRIO					
1		DIETA ORAL LIVRE					
2		AVP					
3		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
4		TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N					
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N					
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N					
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8		TRAMAL 100MG + 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		folha clt 100 Clonum					
15		folha clt 100 Clonum					
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	EC	FR	
12 H	100/61	73	90	36,4°C
18 H	104/90	88	119	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 de Sousa		DN: / /	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M
Hipótese Diagnóstica:			
Isolamento ou Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotícula - aerossol <input type="checkbox"/> Gotícula - perdigotos			
Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual (is):			
Necessidade de Intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual idioma:			
Possui acompanhante: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obs:			
Deambulação: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem deambulação <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante			
SISTEMA NEUROLÓGICO <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage		SISTEMA CARDIOVASCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico BC: 13x8 <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso PA: 13x8 <input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico Pulso:	
PUPILAS <input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mioticas <input type="checkbox"/> Midriáticas <input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT Aceitação da dieta: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial Evacuações: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	
REGULAÇÃO TÉRMICA <input checked="" type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Pirexia <input type="checkbox"/> Hiperpirexia		REGULAÇÃO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Timpânico Ruídos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
CARACTERÍSTICAS DA PELE <input checked="" type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hiperacorada <input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Acianótica <input type="checkbox"/> Edema Local: Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Região: Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual:			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: Data: Trocar em: Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: Curativo realizado em: Trocar em: Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem Dreno de: Aspecto da secreção: Quantidade: Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data da instalação: Trocar em: Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo: Local:			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
<input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada <input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório inefaz <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene	
<input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão <input type="checkbox"/> Risco de Quedas <input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de constipação <input type="checkbox"/> Comunicação deficiente			
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda Não 0 Sim 25		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado Não 0 Sim 20	
2. Diagnóstico Secundário Não 0 Sim 15		5. Marcha/Deambulação Normal/Sem deambulação/Acamado 0 Fraca 10 Comprometida/Cambaleante 20	
3. Auxílio na Deambulação Nenhum/Acamado/Auxiliado 0		6. Estado Mental Orientado/limitado/conhece as limitações 0 Supereestima capacidade/Esquece limitação 15	
Muleta/Bengala/Andador: Mobiliário Parede 30			
TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24		Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45	
Prescrição para prevenção de queda no verso			



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

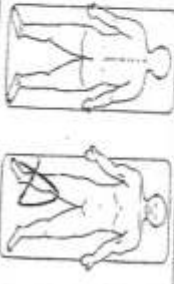

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

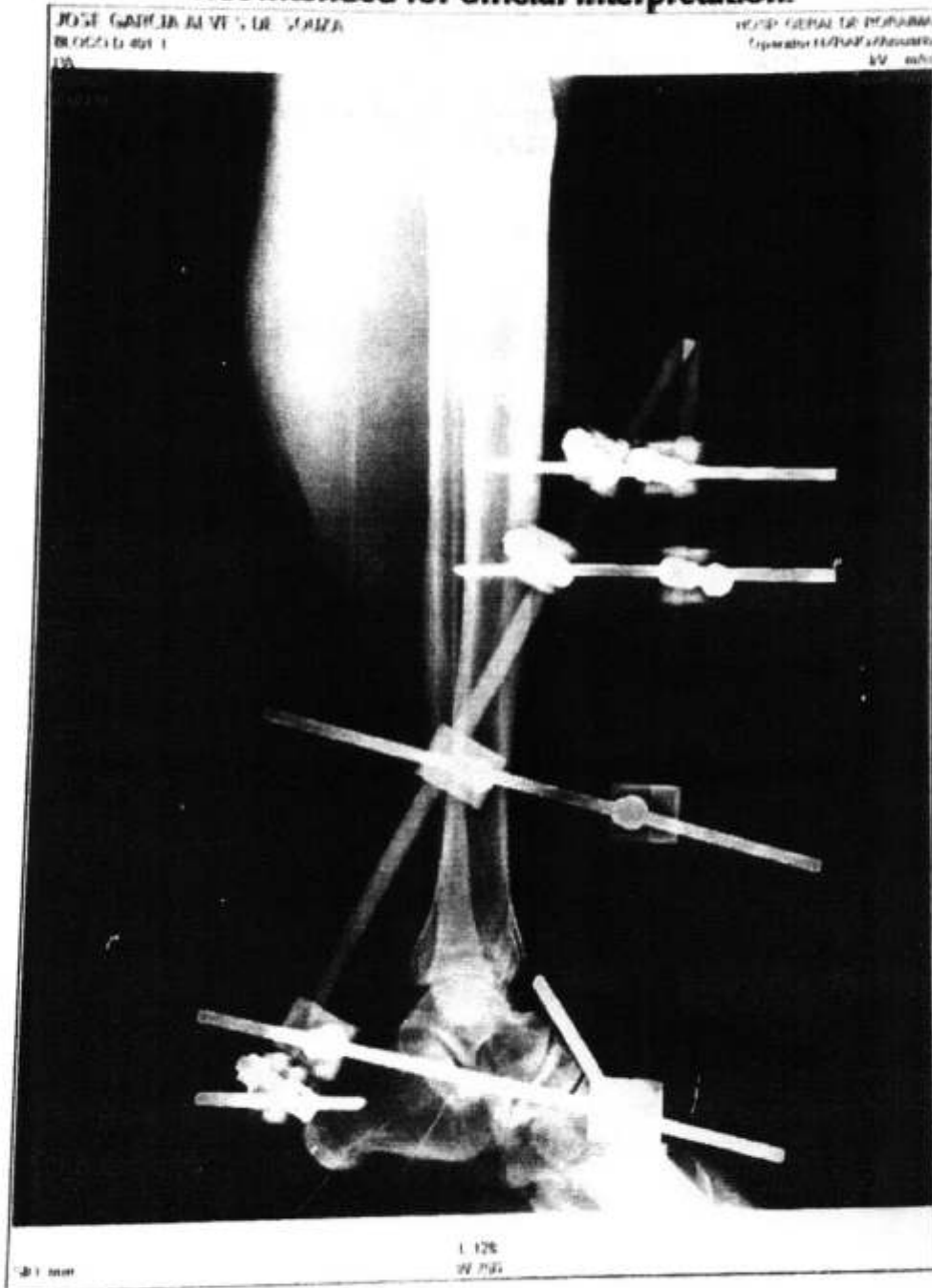
Paciente: Jose Garcia

Leito: 404-1

Data: 06/08/19

Localização		Região: <u>M10</u>	
Etiologia	Grau: I () II () III () IV () () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo () Ortopedia () Outro:		
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:		
Quantidade de Exsudato	() Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido () Seco () Outro:		
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70% <input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Alce</u>		
Cobertura primária	() 12/12 () 48/48h		
Troca	<input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	Berenice S. Pereira Téc. em Enfermagem COREN-RR 816.356 Berenice S. Pereira Téc. em Enfermagem COREN-RR 816.356		
Observações:			

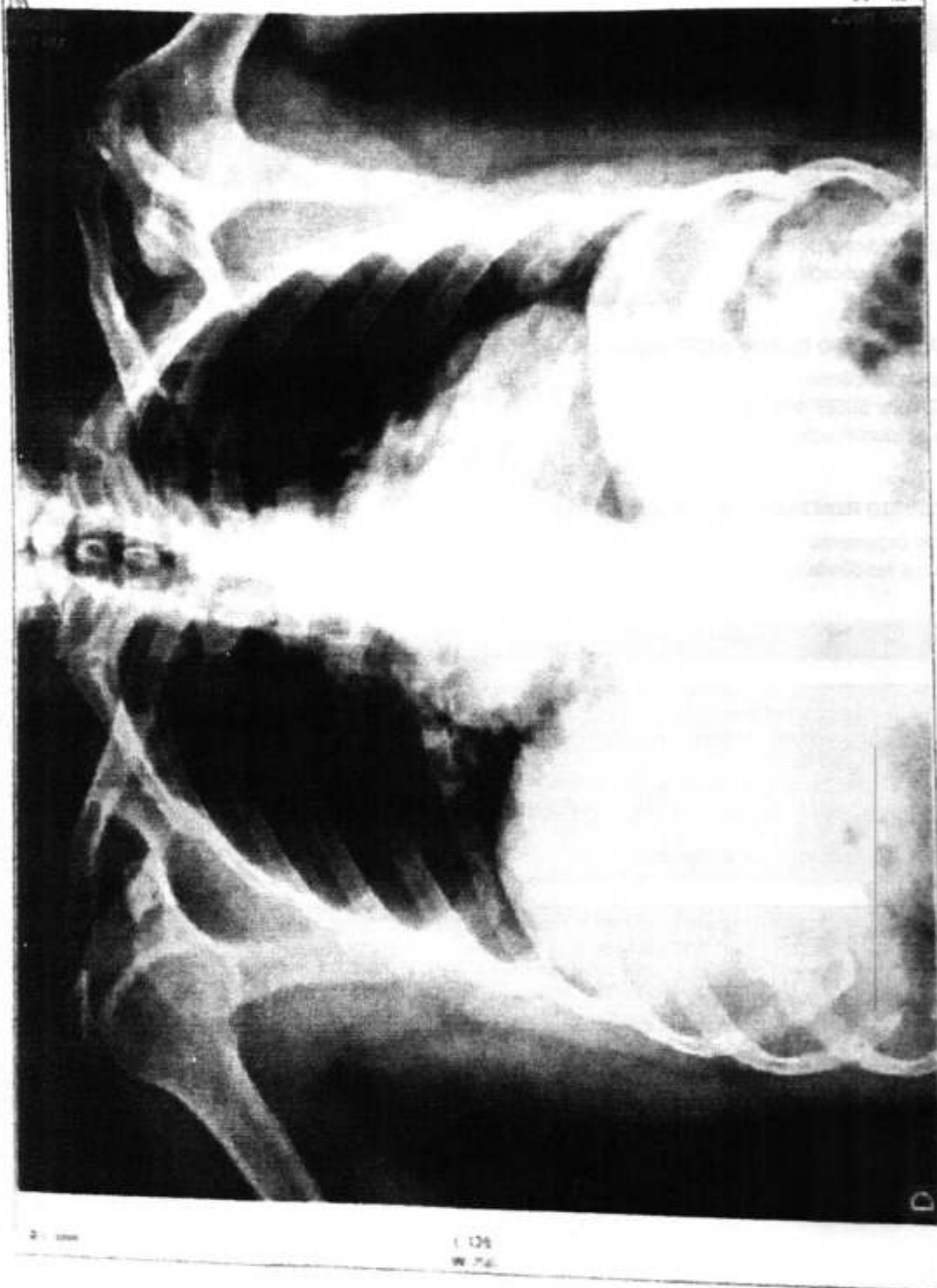
Not intended for official interpretation.



Not intended for official interpretation.

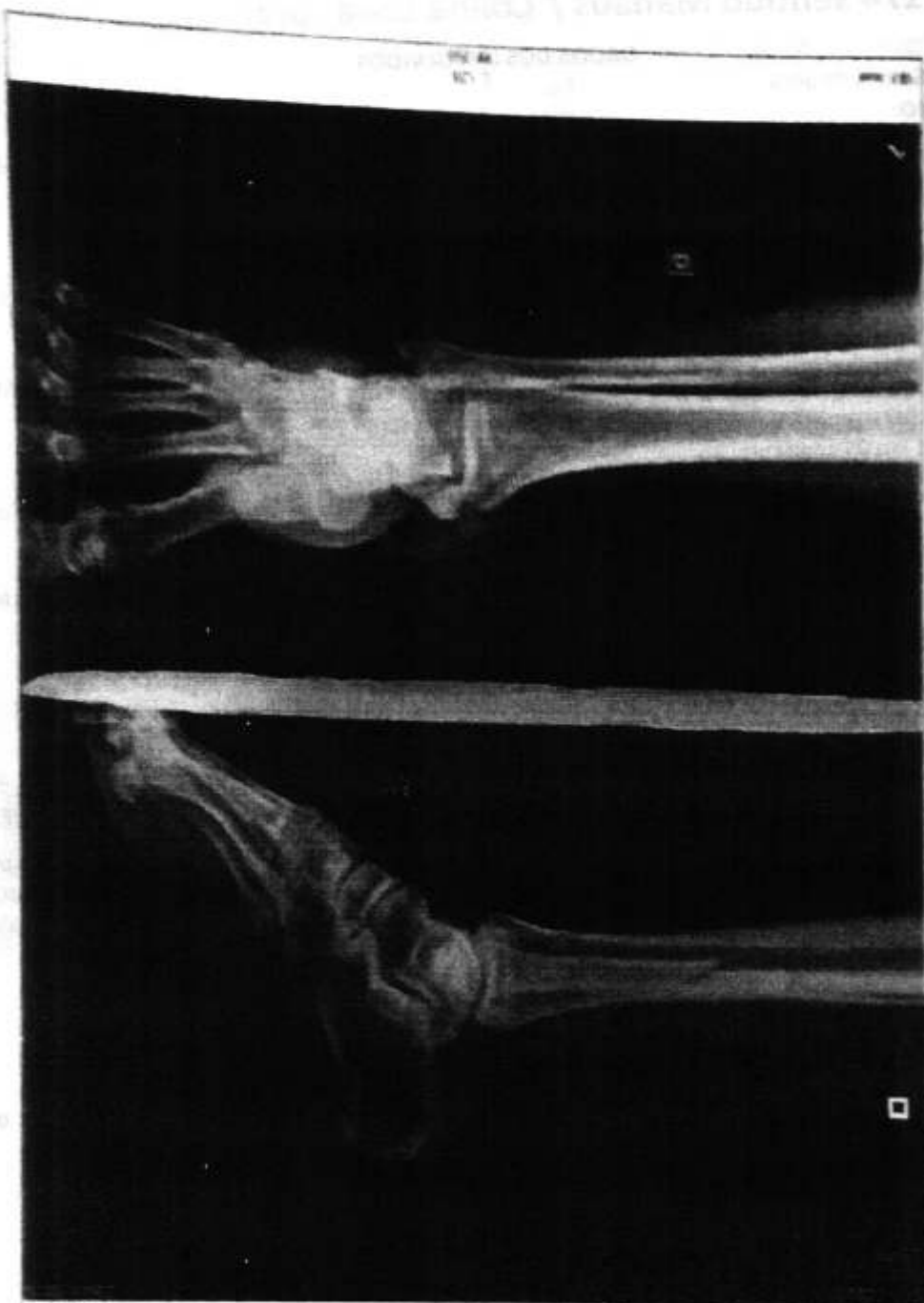
JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA
BL00010401.1

HOSP. GERAL DE PONTA GROSSA
Exames: TUPAT's / RESUMEN
EX. 001



Not intended for official interpretation.





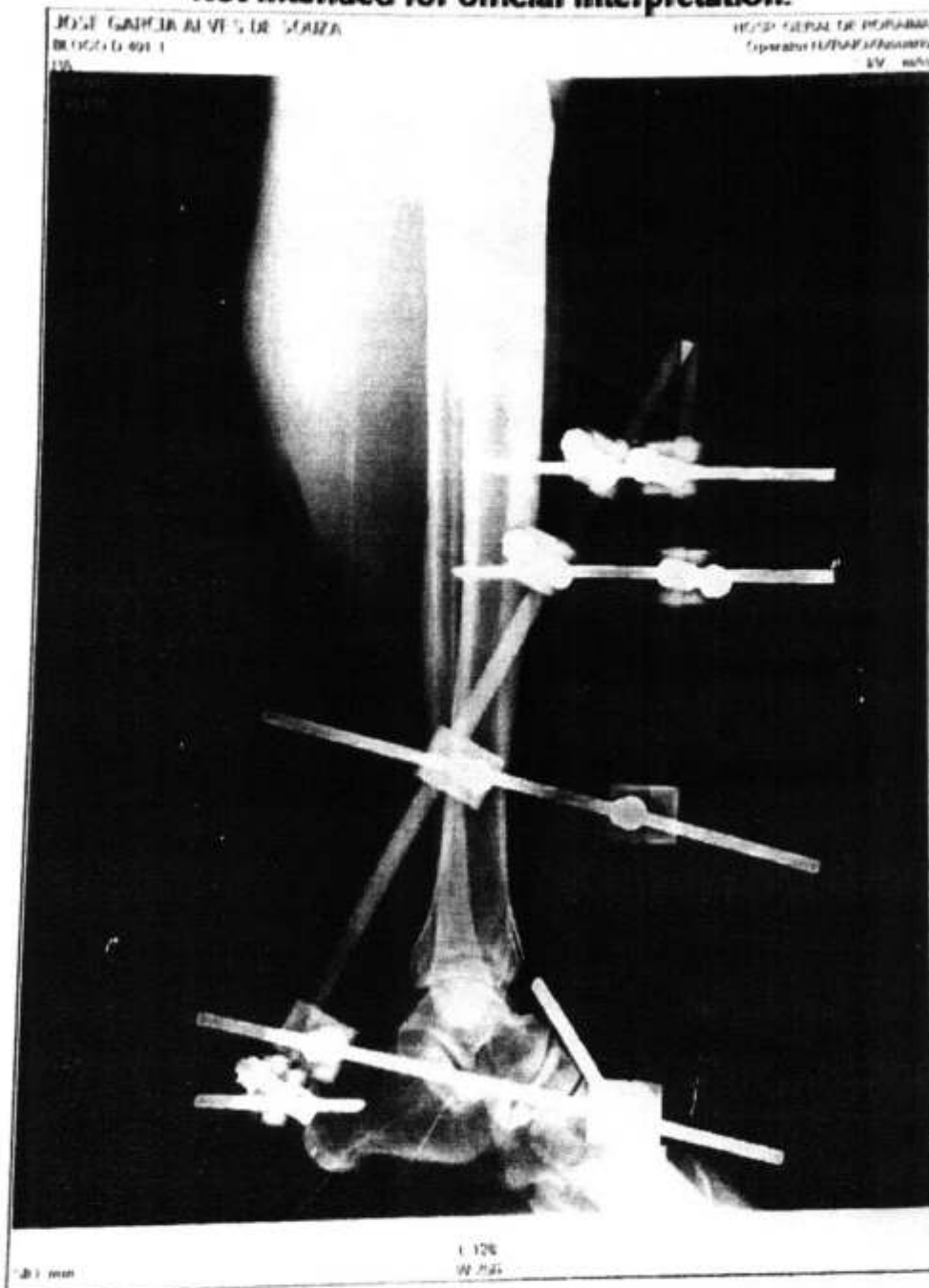
Not Intended for official interpretation.

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

0005-6407/78

WOSP - SERVIÇO DE RADIOLÓGIA
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

Not intended for official interpretation.



Not intended for official interpretation.

JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA
BL00010401.1

HOSP. GERAL DE PORTUGAL
Laboratório (LUPA) / Radiologia
KV mAs



21 0000

1 128
100 128

D

02/04/2019

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO	SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE	HOSPITAL GERAL DE MATO GROSSO	AV. BRIGADEIRO ASSIS BRASIL, 100 - JARDIM	CEP: 78001-900	Telefone: (65) 3363-1234	Site: www.saude.mt.gov.br
----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---	----------------	--------------------------	---------------------------

REGISTRO: 001142776	DATA DE ATENDIMENTO: 02/04/2019	LOCAL DE ATENDIMENTO: JARDIM	PROFISSIONAL: DR. JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA	CRM: 782009340349385	CPF: 94422556100
Paciente: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA	Idade: 52 A 6 M 15 D	Sexo: M	Estado Civil: CASADO	Profissão: BOA VISTA - RR	Nacionalidade: BRASILEIRO
Tipo de Atendimento: URGENTE	Local de Atendimento: BOA VISTA - RR	Endereço: AV. BRIGADEIRO ASSIS BRASIL, 100 - JARDIM	CEP: 78001-900	Telefone: (65) 3363-1234	Site: www.saude.mt.gov.br

AVENIDA - JARDIM - 100 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR	Endereço: AV. BRIGADEIRO ASSIS BRASIL, 100 - JARDIM	CEP: 78001-900	Telefone: (65) 3363-1234	Site: www.saude.mt.gov.br
Plano de Saúde: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Plano de Saúde: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Plano de Saúde: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Plano de Saúde: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Plano de Saúde: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Procedimento: GRANDE TRAUMA	Procedimento: GRANDE TRAUMA	Procedimento: GRANDE TRAUMA	Procedimento: GRANDE TRAUMA	Procedimento: GRANDE TRAUMA

Assinatura do Informante	Assinatura do Informante	Assinatura do Informante	Assinatura do Informante	Assinatura do Informante
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Assinatura do Informante	Assinatura do Informante	Assinatura do Informante	Assinatura do Informante	Assinatura do Informante
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Assinatura do Informante	Assinatura do Informante	Assinatura do Informante	Assinatura do Informante	Assinatura do Informante
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Assinatura do Informante	Assinatura do Informante	Assinatura do Informante	Assinatura do Informante	Assinatura do Informante
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Assinatura do Informante	Assinatura do Informante	Assinatura do Informante	Assinatura do Informante	Assinatura do Informante
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

ORTOPEDIA

Pragmatische Vorgehensweise
bei Verletzungen der Extremitäten
im Triage (12).

Lesen der primären Verletzung

Pr. d. H. im Triage (12)

Di. des Verletzten

Dr. Marcus Brühler
Medizinischer
Orthopädie- und Traumatologe
CME 12121R



BOLETIM OPERATÓRIO

Jose Garcia Rius
do Souza

Data: 3.5.19

OS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÃO S E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURSIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Ponto em DDH solo savanagem
- 2) Anestesia e Analgésico
- 3) Colocação de compres estéril + controle
- 4) fixação de fratura e redução com
pino de Shang, tipo delta, com controle
radiográfico.
- 5) Sutura com vicril 2.0
- 6) Curativos
- 7) No RPA

colocados no Dr. Rius

Dr. Augusto Francisco
Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1584



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA
CENTRO DE ESPECIALIDADES EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Hospital/Localização: HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA		Especialidade: Ortopédia	Procedimento/Solicitação: Fixação Externa de Pílo	
Nome do Paciente: Jose Garcia Alves de Sousa			Nº de Procedimento: 1901143776	Data: 03.08.19
Clínica:	Enfermario:	Leito:	1º da data:	Ortopedia e Traumatologia

VALORES E QUANTIDADES UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO

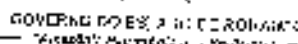
Descrição dos materiais/Serviço				
Hospital/Centro de Referência (X)		Empresa		Valor Adicional
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID.	QUANT.	ORÇAMENTO
1	<p>Item 01045 - 44444: P08 5 200</p> <p>SYSTEMA DE FIXAÇÃO OSSA</p> <p>SARLORE - LENSEPIX</p> <p>TIBIA/FEMUR 5 100 - 3xTIER</p> <p>Val: 03/01/2019 Val: 03/2024</p> <p>Registro Anvisa Nº 809465013</p> <p>MATERIAL ACO INOXALTIMENTO</p> <p>Lois Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP</p> <p>CNPJ: 04.861.323/0001-10 - R. do Ceará 150</p> <p>Fax: +55 19 3236-1916 info@guilhermesartori.com.br</p>	01	01	
2	<p>Item 010715 - 44444: AE35 5 600</p> <p>ENDOTRANSMUCULAR OSSAO - M</p> <p>X CX 4,5 X 200 XT</p> <p>Val: 03/01/2019 Val: 03/2024</p> <p>Registro Anvisa Nº 809465013</p> <p>MATERIAL ACO INOX 614R</p> <p>Lois Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP</p> <p>CNPJ: 04.861.323/0001-10 - R. do Ceará 150</p> <p>Fax: +55 19 3236-1916 info@guilhermesartori.com.br</p>	02	02	

MÉDICO ORTODONÇA: Rogério Dias 2º AUXILIAR: Res. Pablo

INSTRUMENTADOR: _____

DATA: 03/08/2019 10:00:00

Dr. Alexandre Gonçalves de
Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 107.190



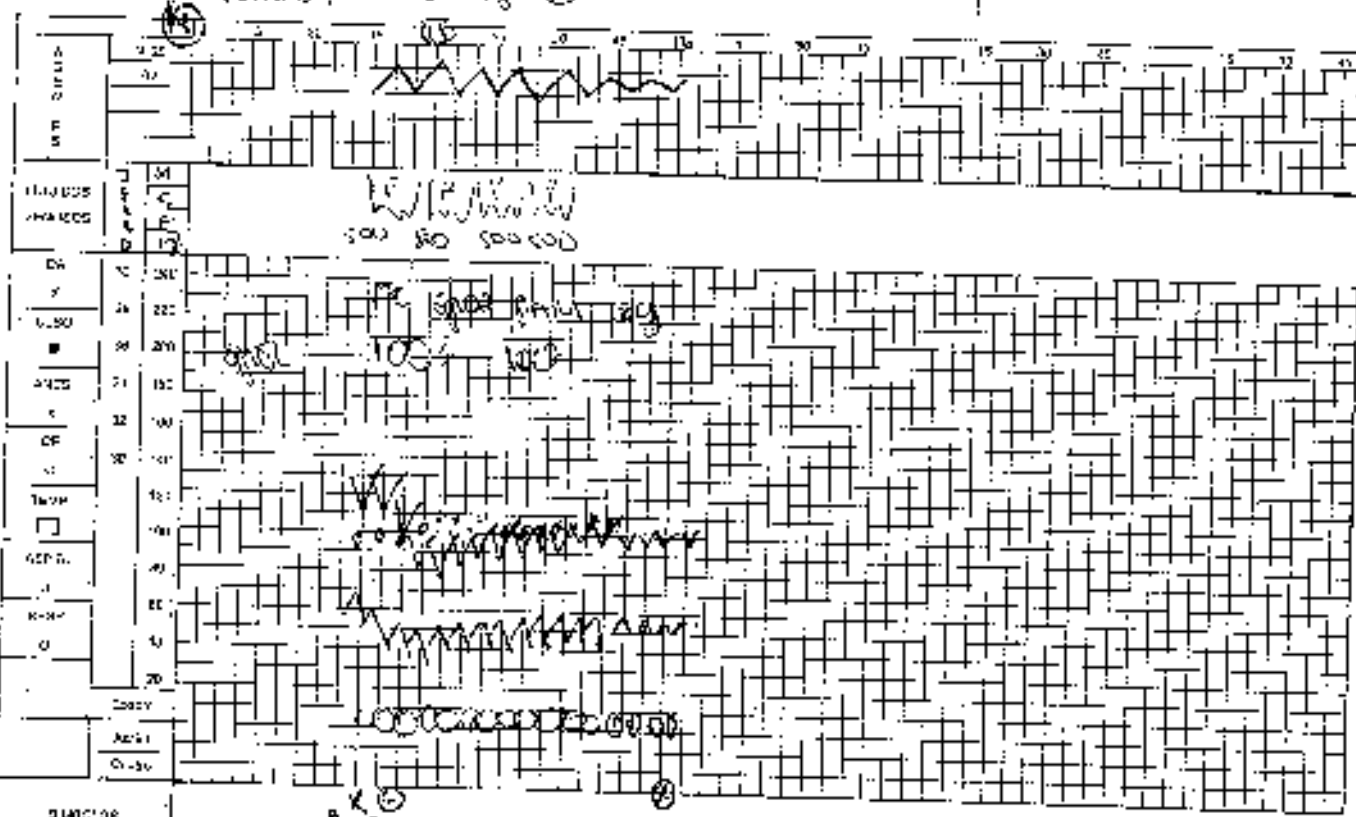
JOSE GARCIA ALVAREZ DE SARCA

PRE-MEDICATION: 10 mg PO COCAINE 11/25/84 11:57 AM

- minimization in \mathbb{R}^n (2)
- Bounded in \mathbb{R}^n (2)

03/06/14

BUA-44



上 下 左 右

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	CHECK NO.	CHECK DATE
10/1/78	10/1/78	10/1/78	10/1/78	10/1/78
10/2/78	10/2/78	10/2/78	10/2/78	10/2/78
10/3/78	10/3/78	10/3/78	10/3/78	10/3/78
10/4/78	10/4/78	10/4/78	10/4/78	10/4/78
10/5/78	10/5/78	10/5/78	10/5/78	10/5/78
10/6/78	10/6/78	10/6/78	10/6/78	10/6/78
10/7/78	10/7/78	10/7/78	10/7/78	10/7/78
10/8/78	10/8/78	10/8/78	10/8/78	10/8/78
10/9/78	10/9/78	10/9/78	10/9/78	10/9/78
10/10/78	10/10/78	10/10/78	10/10/78	10/10/78
10/11/78	10/11/78	10/11/78	10/11/78	10/11/78
10/12/78	10/12/78	10/12/78	10/12/78	10/12/78
10/13/78	10/13/78	10/13/78	10/13/78	10/13/78
10/14/78	10/14/78	10/14/78	10/14/78	10/14/78
10/15/78	10/15/78	10/15/78	10/15/78	10/15/78
10/16/78	10/16/78	10/16/78	10/16/78	10/16/78
10/17/78	10/17/78	10/17/78	10/17/78	10/17/78
10/18/78	10/18/78	10/18/78	10/18/78	10/18/78
10/19/78	10/19/78	10/19/78	10/19/78	10/19/78
10/20/78	10/20/78	10/20/78	10/20/78	10/20/78
10/21/78	10/21/78	10/21/78	10/21/78	10/21/78
10/22/78	10/22/78	10/22/78	10/22/78	10/22/78
10/23/78	10/23/78	10/23/78	10/23/78	10/23/78
10/24/78	10/24/78	10/24/78	10/24/78	10/24/78
10/25/78	10/25/78	10/25/78	10/25/78	10/25/78
10/26/78	10/26/78	10/26/78	10/26/78	10/26/78
10/27/78	10/27/78	10/27/78	10/27/78	10/27/78
10/28/78	10/28/78	10/28/78	10/28/78	10/28/78
10/29/78	10/29/78	10/29/78	10/29/78	10/29/78
10/30/78	10/30/78	10/30/78	10/30/78	10/30/78
10/31/78	10/31/78	10/31/78	10/31/78	10/31/78

2- Green line: continuously water, oxygenated; oxygen, reduction

1. 01 5045 576 30/10/19

2 - adegnao e amhegnao
de lenda

3 - Informação a Administração
compart. L. 2. de Abril 257

21. ΔH_{vap} of C_6H_6 is 30.8 kJ/mol

⑤ 2/5 Repet

[illegible][illegible][illegible]

Company - Dept. of: Criminal Justice
 Name and Position: J. J. Brown
 Date: 11/11/1961

[illegible]

Point 10.24hG.1.viii.

6/11/68

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

Local: _____ Data: 08/08/19 Enfermeira: 404 Lato: 1

Nome Completo: Jox GARCIA ALVES DE SOUZA

História Clínica: Paciente MTD e fratura lateral

Exame de Procação: Não

Alergia: Sim Não

Necessidade de Injeção: Sim Não

Possui acompanhante: Sim Não

Desmatação: Não Sim Sem desmatação

Sistema Neurológico

Consciente Orientado Desorientado

Sedado Torção Comatosa

Agitado Risco de estímulos Não (sege)

Pupilas

Isotópicas Anisotópicas

Regulação Térmica

Atérril Hipotermia Hipertensão

Férril Febre Fria

Hipotensão

Características da Pele

Normalizada Desidratada Ressecada

Normalizada Hipocorada Hipercorada

Anticárdica Ictérica Caróteo

Edematosa Idema Local

Úlcera por pressão Sim Não

Região: _____

Curativo realizado: Sim Não

Sistema Respiratório

Epistaxe Bronqueto Bronquite

Expiratório Sim Não

Qual: _____

Controle de Cateteres/Sondas/Drenos/Órises e Próteses

Cateter Portátil: Sim Não

Cateter Drenar: Sim Não

Sinal de infecção no site de punção: Sim Não

Sonda: Sim Não

Dreno de: _____

Cateter Vascular: Sim Não

Prótese: Sim Não

Local: MSD

Uso: 08/08/19

Local: _____

Curativo realizado em: _____

Local: _____

Aspecto da secreção: _____

Quantidade: _____

Data de instalação: _____

Local: _____

Tipos: _____

Diagnóstico de Enfermagem

Definição Prejudicial

Risco de infecção

Risco de infecção desequilibrada

Risco de glomerulonefrite

Risco de desequilíbrio no volume

Volume de líquidos excessivo

Volume de líquidos suficiente

Padrão respiratório normal

ventilação espontânea prejudicada

Modo de vida prejudicado

Risco de integridade da pele prejudicado

Risco de desequilíbrio na temperatura corporal

Facção de sonda prejudicada

Deficiência no autocuidado para higiene

Risco de Lesão por Pressão

Risco de Queimaduras

Risco de Bronquite aguda

Risco de infecção urinária prejudicada

Risco de desidratação

Condição deficiente

Escala de Morse

1. Histórico de Queda

2. Diagnóstico Semelhante

3. Auxílio na Desambulação

4. Tração Anterior/Posterior/Dispositivo salmado

5. Variação/Desambulação

6. Estado Mental

7. Orientação/Condição de consciência

8. Supressão rápida de estímulo

TOTAL: Risco Baixo: 0-24 Risco Médio: 25-44 Risco Alto: maior que 45

Prescrição para prevenção de queda no versão

Risco Médio

Carreira de Lima Campos

ENFERMEIRA

CONSELHO 254.249



GOVERNO DO ESTADO DE RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE

Jose Garcia Alves de Sousa

APT OU LEITO

Nº DO PRONTUÁRIO

1901145776

DATA

03/10/81

CIRURGIA

TIPO

Fixação Externa de Pélvis

INICIO

14:50

FIM

15:48

TEMPO DE DURAÇÃO

TEMPO TOTAL

CIRURGIÃO

Dr. Rogerio Dias

EQUIPE MÉDICA

ANESTESISTA:

Dr. Fabiano

AUXILIAR

Res. Pablo

RES. ANESTESIA:

INSTRUMENTADOR

AUXILIAR

Res. Pedro / Res. Augusto

CIRCULANTE

Soures e Helmo

TIPO DE ANESTESIA:

TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
0	PAIS COMPRESSAS C/03 UNID.		10	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
4	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
3	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICOCYL Nº	
	LUVA ESTÉRIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SETA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML		1	CHINA D'OSSE cateter 02	
3	SERINGA 05 ML		1	REF. CATETER Nº	
5	SERINGA 10ML			Equipo macrogotes	
3	SERINGA 20ML		1	Gravador Agulha P/ roque	
			5	Pinça Cardia A. Elefantes	
			1	OUTROS: Aloduro de crepom	

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

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

VALOR

INSTRUMENTADOR(A)

ENFERMEIRA CHEFE

Gabriela

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB-TOTAL

FUNICIONÁRIO/CATÓCULOS

CIRCULANTE DE SALA

Aline

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

HGR

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS					
IDADE	52	HAS		DM2	
ITEM		LEITO	401-1	DATA	08/08/2019
1	DIETA LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				SND
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				manhã
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N				SN
5	DIPIRONA 1g EV OU 500MG VO DE 8/8H S/N				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				SN
7	PLAS'L 10MG 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				SN
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12				SN
12	SSVV + CCGG 8/8H				SN
13	CURATIVO DIÁRIO				SN
14					
15					
16					
17					
18					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E Q.L. 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, AFERRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUZIDA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120/70	70	20	36
18 H	137/76	82	19	35,9
24 H	130/79	86	20	35,6

Dr. Fernando Rezende
Médico Ortopedista / Traumatologista

06 130/110 77 21 36

403-1

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

Nome do Paciente: Paulo Roberto de Souza

Nome do Médico: Fabiano

ANEXO DO PACIENTE DA SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE INTERVENÇÃO

Nome do Médico

OL DA EQUIPE MÉDICA COM TÍTULO EM

Assinatura do Médico

VERBAMENTE COM A EQUIPE

Assinatura do Médico

1. O NOME DO PROCEDIMENTO

Assinatura do Médico

RESUMO DO

Assinatura do Médico

2. RESUMO DO PROCEDIMENTO

Assinatura do Médico

CRONÓLOGO, COMENTÁRIOS E ASSINATURAS

Assinatura do Médico

ASSINATURAS

Assinatura do Médico

3. COMO A AGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO

Assinatura do Médico

ANEXO DO NOME DO PACIENTE

Assinatura do Médico

1. COMO A AGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO

Assinatura do Médico

ANEXO DO NOME DO PACIENTE

Assinatura do Médico

2. COMO A AGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO

Assinatura do Médico

ANEXO DO NOME DO PACIENTE

Assinatura do Médico

3. COMO A AGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO

Assinatura do Médico

ANEXO DO NOME DO PACIENTE

Assinatura do Médico

4. COMO A AGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO

Assinatura do Médico

ANEXO DO NOME DO PACIENTE

Assinatura do Médico

5. COMO A AGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO

Assinatura do Médico

ANEXO DO NOME DO PACIENTE

Assinatura do Médico

6. COMO A AGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO

Assinatura do Médico

ANEXO DO NOME DO PACIENTE

Assinatura do Médico

7. COMO A AGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO

Assinatura do Médico

ANEXO DO NOME DO PACIENTE

Assinatura do Médico

8. COMO A AGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO

Assinatura do Médico

ANEXO DO NOME DO PACIENTE

Assinatura do Médico

9. COMO A AGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO

Assinatura do Médico

ANEXO DO NOME DO PACIENTE

Assinatura do Médico

ANEXO DO NOME DO PACIENTE

Assinatura do Médico

ANEXO DO NOME DO PACIENTE

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

HER

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	08/08/2019
ITEM	HORÁRIO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHg				
4	TENOXAM 100MG 1X AO DIA S/N				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 8/8H S/N				
6	OMEPRAZOL 40MG IV 1X AO DIA S/N				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFC 8% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
9	SIMETICONA 1 CH 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	SSV + CCGG 8/8H				
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 DGL, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DETIDO NO
LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LITE,
ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL,
EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUZA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

B.H.	PA	FC	FR	
12 H	130/72	81	17	35.1
18 H	133/82	75	-	36.4
24 H	130/60	81	20	37.4

Dr. Gustavo R. R. R. R.
CRM-PR-566

BU

Paciente a/ queixas a/ p/ medicação apm, aferido
SSV + coletas e exames lab.

Elisavete Gomes da Silva
Téc. Enfermagem
CORP-PR-050292 TE
E. R. R.

Bloco 5
Maca 02

~~401-2~~ 401-

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Jose Carlos Alves de Sousa</i>					
AGNOSTIC <i>de João Manoel</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	<i>3/8/19</i>
ITEM		PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>Martin</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SND
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>18/08/19</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				<i>08/08</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SND
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM				<i>Atencios</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>18/08/19</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SND
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				<i>18/08/19</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				<i>Suspensão</i>
12	<i>Gentamicina 240mg IV 1x cada dia</i>				
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MM/HG				SND
17	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>18/08/19</i>
18	CURATIVO DIÁRIO				<i>18/08/19</i>
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (80), CONFORME ESQUEMA.
 200-260: 2UI; 261-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE > 7%
 DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
 AENCONTRO PACIENTE DETADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: REG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÓICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO,
 # SOLICITADO: RX: # CONDUITA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H	124/81	106	26.5°C	

6H 130/84 95 36.5°C

18130 PA=137x93 P=112 T=36.5°C

~~401-2~~ 401-1

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente: JOSE GARCIA

Leito: 404-1



Data: 06/08/19

Localização			Região <u>MID</u>			Região
Etiologia	<input type="checkbox"/> IEP I <input type="checkbox"/> IEP II <input type="checkbox"/> IEP III <input type="checkbox"/> IEP IV <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Imobilização <input type="checkbox"/> Outros:		Grav: <u>I</u> <input type="checkbox"/> <u>II</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>III</u> <input type="checkbox"/> <u>IV</u> <input type="checkbox"/> <u>V</u> <input type="checkbox"/> <u>VI</u> <input type="checkbox"/> <u>VII</u> <input type="checkbox"/> <u>VIII</u> <input type="checkbox"/> <u>IX</u> <input type="checkbox"/> <u>X</u> <input type="checkbox"/> <u>XI</u> <input type="checkbox"/> <u>XII</u>	<input type="checkbox"/> IEP I <input type="checkbox"/> IEP II <input type="checkbox"/> IEP III <input type="checkbox"/> IEP IV <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Imobilização <input type="checkbox"/> Outros:		Grav: <u>I</u> <input type="checkbox"/> <u>II</u> <input type="checkbox"/> <u>III</u> <input type="checkbox"/> <u>IV</u> <input type="checkbox"/> <u>V</u> <input type="checkbox"/> <u>VI</u> <input type="checkbox"/> <u>VII</u> <input type="checkbox"/> <u>VIII</u> <input type="checkbox"/> <u>IX</u> <input type="checkbox"/> <u>X</u> <input type="checkbox"/> <u>XI</u> <input type="checkbox"/> <u>XII</u>
Apresentação no Leito	<input type="checkbox"/> Necrose Amarelada/Negra <input type="checkbox"/> Escara <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Drenos/Sonda <input type="checkbox"/> Outros:		<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Necrose Amarelada/Negra <input type="checkbox"/> Escara <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Drenos/Sonda <input type="checkbox"/> Outros:		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outros:
Pele Periférica	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sangüinolento <input type="checkbox"/> Serosangüinoso <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outros:		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sangüinolento <input type="checkbox"/> Serosangüinoso <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outros:			
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"/> Colapexusa/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>Alce</u>		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colapexusa/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outros:			
Troca	<input checked="" 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			
Procedimento que realizou	<u>Debridamento com solução fisiológica</u>		<u>Debridamento com solução fisiológica</u>			
Observações:						

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Vínculo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
Tratamento de Feridas –		Paciente:		
HGR		Leito: 401.1	Data: 08/08/19	

Localização		Região: M, I, D		Região:
Fisiologia	<input type="checkbox"/> I () <input type="checkbox"/> II () <input type="checkbox"/> III () <input type="checkbox"/> IV () <input type="checkbox"/> V () <input type="checkbox"/> VI () <input type="checkbox"/> VII () <input type="checkbox"/> VIII () <input type="checkbox"/> IX () <input type="checkbox"/> X () <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Queimadura () <input type="checkbox"/> Cirurgia () <input type="checkbox"/> DM () <input type="checkbox"/> Vascular () <input type="checkbox"/> Ortopedia () <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> F.O.	Grau: I () II (X)	<input type="checkbox"/> I () <input type="checkbox"/> II () <input type="checkbox"/> III () <input type="checkbox"/> IV () <input type="checkbox"/> V () <input type="checkbox"/> VI () <input type="checkbox"/> VII () <input type="checkbox"/> VIII () <input type="checkbox"/> IX () <input type="checkbox"/> X () <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Queimadura () <input type="checkbox"/> Cirurgia () <input type="checkbox"/> DM () <input type="checkbox"/> Vascular () <input type="checkbox"/> Ortopedia () <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> Úlcera () Macerado () Seca () Enfiada / Rubor () Outro:	<input type="checkbox"/> Necrose Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros:	<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () Seca () Enfiada / Rubor () Outro:
Pele Periférica	<input type="checkbox"/> Úlcera () Macerado () Seca () Enfiada / Rubor () Outro:	<input type="checkbox"/> Úlcera () Macerado () Seca () Enfiada / Rubor () Outro:	<input type="checkbox"/> Úlcera () Macerado () Seca () Enfiada / Rubor () Outro:	<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () Seca () Enfiada / Rubor () Outro:
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso () Sanguinolento (X) Serososanguíneo () Seco () Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro:
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Nenhum () Pouco () Médio () Muito () Muito muito	<input checked="" type="checkbox"/> Nenhum () Pouco () Médio () Muito () Muito muito	<input type="checkbox"/> Nenhum () Pouco () Médio () Muito () Muito muito	<input type="checkbox"/> Nenhum () Pouco () Médio () Muito () Muito muito
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colapase/Fibrina () Solução de Povidine () Hidrogel () Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colapase/Fibrina () Solução de Povidine () Hidrogel () Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colapase/Fibrina () Solução de Povidine () Hidrogel () Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colapase/Fibrina () Solução de Povidine () Hidrogel () Outro:
Cobertura Primária	<input type="checkbox"/> Gaze () Colapase/Fibrina () Solução de Povidine () Hidrogel () Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colapase/Fibrina () Solução de Povidine () Hidrogel () Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze () Colapase/Fibrina () Solução de Povidine () Hidrogel () Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze () Colapase/Fibrina () Solução de Povidine () Hidrogel () Outro:
Procedimentos	Profissional que realizou procedimento:	Profissional que realizou procedimento:	Profissional que realizou procedimento:	Profissional que realizou procedimento:
Observações:	Observações:			

Blanco D

401-1
401-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE 52		LEITO 401-1		DATA 04/08/2019	
ITEM					HORÁRIO
1	DIFTA ORAL LIVRE				SUB
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 VODI 6/6H S/N				12/18/24/06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				06/24/06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SIN
8	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SIN
9	SIMETICINA 1 CP OU 40 COTAS VO 8/8 HRS S/N				14/22/06
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6				12/18/24/06
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12				Supremo
12	SSVV 1 COGG 6/6H				12/18/24/06
13	CURATIVO DIÁRIO				Proteção
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME FREQUÊNCIA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QUANTIDADE GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE ≥ 80% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, AUMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: B.E.G, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUZA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140x80	82	-	36
18 H	150x90	84	-	36
24 H	160x90	85	18	35,8°C

06/24/06 160x90 89 18 Respir 36,1°C

Dr. Fernando Rezende
Médico Assistente em Ortopedia e Traumatologia

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	09/08/2019
ITEM	HORARIO				
1	DIETA LIVRE				
2	AVP				
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 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					
17	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 D/L. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
18					

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
 CONDUITA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				

Dr. Marcos Aguiar
 Médico Assistente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1985

Ret. By: L. D. V. E. A. A. A.
 Cl. A. M. + retorno na HCA
 St. Reno. H. Costa

101-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	62	LEITO	401-1	DATA	09/08/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
4	TFNOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 8/8H S/N				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6				
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12				
12	SSVV + CCGG 8/8H				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	<i>fo a cura 1º e 2º. Clinim.</i>				
15	<i>fo - control</i>				
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,
 ACANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL,
 EUPNEICO, NORMOCORADO,
 HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
 CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	102/61	73	20	36,4°C
18 H	104/69	88	19	35,9°C
24 H	134/91	72	SP	36,5°C

00 104/69 93 36,2°C

Dr. José Luiz Aguiar
 CRM-AM 556

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

HGR

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

07/08/2019

ITEM

1

DIETA LIVRE

HORÁRIO

2

AVP

3

CAPTOPRIL 25 mg VO SC PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

4

TENOXICAM 40MG : X AO DIA S/N

5

DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 8/8H S/N

6

DMEPRAZOL 10MG EV 1 X AO DIA S/N

7

PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

8

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

9

SIMETICONA : CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N

10

CLINDAMICINA 600 MG EV OU ZCP 300MG VO 6/6

11

CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12

12

SSVV + GCGG 8/8H

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 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
CONDUZA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	140x83	84	17	35.5
18 H	132x79	80	18	36.8
24 H	133x81	90	-	35.8

Dr. *[Assinatura]*
Médico Assistente
Ortopedia e Traumatologia
CRM RR 1956

OG 130/80 92 39 bpm 36.1°C

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

Aluno: D Data: 09/08/14 Enfermeira: 401 Letor: 01
 Nome Completo: Julia Francis Alves de Sousa Sexo: F Idade: 18

Hipótese Diagnóstica: Deficiência de Conhecimento
 Conhecimento da Enfermagem: Sim Não Parcial Outro
 Ações: Sim Não Parcial Outro
 Necessidade de Intervenções: Sim Não Parcial Outro

Assimilação da Informação: Sim Não Parcial Outro
 Desembaralhar: Sim Não Parcial Outro

SISTEMA NEUROLÓGICO
☒ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado
☐ Parado ☐ Torção ☐ Desorientado
☐ Agitado ☐ Reação de irritação ☐ Não reage

SISTEMA CARDIOVASCULAR
☒ Normotensão ☐ Bradicardia ☐ Arritmia
☒ Normotensão ☐ Hipertensão ☐ Hipertensão
☐ Pulso cheio ☐ Pulso fraco ☐ Pulso irregular

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL
☒ VO ☐ SNE/SOE ☐ SNE/SOE
☒ Aceitação da dieta ☐ Não ☐ Não ☐ Não
☒ Ausculta ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Ausente
☒ Normal ☐ Diarreia ☐ Constipação ☐ Melena
☐ Presente ☐ Ausente ☐ Ausente

REGULAÇÃO TÉRMICA
☒ Normotermia ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia
☐ Normotermia ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia
☐ Normotermia ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia

REGULAÇÃO HÍDRICA
☒ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Desidratada
☒ Normotensão ☐ Hipotensão ☐ Hipotensão
☐ Normotensão ☐ Hipotensão ☐ Hipotensão
☐ Normotensão ☐ Hipotensão ☐ Hipotensão

SISTEMA RESPIRATÓRIO
☒ Eupnéia ☐ Taquipnéia ☐ Taquipnéia
☒ Eupnéia ☐ Taquipnéia ☐ Taquipnéia
☐ Eupnéia ☐ Taquipnéia ☐ Taquipnéia

CONJUNTO DE CATERIS/SONDAS/DRENOS/ÓRTESIS E PRÓTESES
 Cateeter Peritônio: Sim Não Parcial Outro
 Cateeter Central: Sim Não Parcial Outro
 Sonda de Intubação: Sim Não Parcial Outro
 Sonda: Sim Não Parcial Outro
 Drenos: Sim Não Parcial Outro

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
☒ Deficiência de Conhecimento
☐ Deficiência de Conhecimento
☐ Deficiência de Conhecimento
☐ Deficiência de Conhecimento
☐ Deficiência de Conhecimento

ESCALA DE MORSE
 1. História da Queda: Sim Não Parcial Outro
 2. Clonagem Secundária: Sim Não Parcial Outro
 3. Ausência de Desembaralhar: Sim Não Parcial Outro

ESCALA DE MORSE
 4. Terceira Intenção de Queda: Sim Não Parcial Outro
 5. História de Queda: Sim Não Parcial Outro
 6. História de Queda: Sim Não Parcial Outro

ESCALA DE MORSE
 7. História de Queda: Sim Não Parcial Outro
 8. História de Queda: Sim Não Parcial Outro
 9. História de Queda: Sim Não Parcial Outro

ESCALA DE MORSE
 10. História de Queda: Sim Não Parcial Outro
 11. História de Queda: Sim Não Parcial Outro
 12. História de Queda: Sim Não Parcial Outro

ESCALA DE MORSE
 13. História de Queda: Sim Não Parcial Outro
 14. História de Queda: Sim Não Parcial Outro
 15. História de Queda: Sim Não Parcial Outro

ESCALA DE MORSE
 16. História de Queda: Sim Não Parcial Outro
 17. História de Queda: Sim Não Parcial Outro
 18. História de Queda: Sim Não Parcial Outro

ESCALA DE MORSE
 19. História de Queda: Sim Não Parcial Outro
 20. História de Queda: Sim Não Parcial Outro
 21. História de Queda: Sim Não Parcial Outro

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

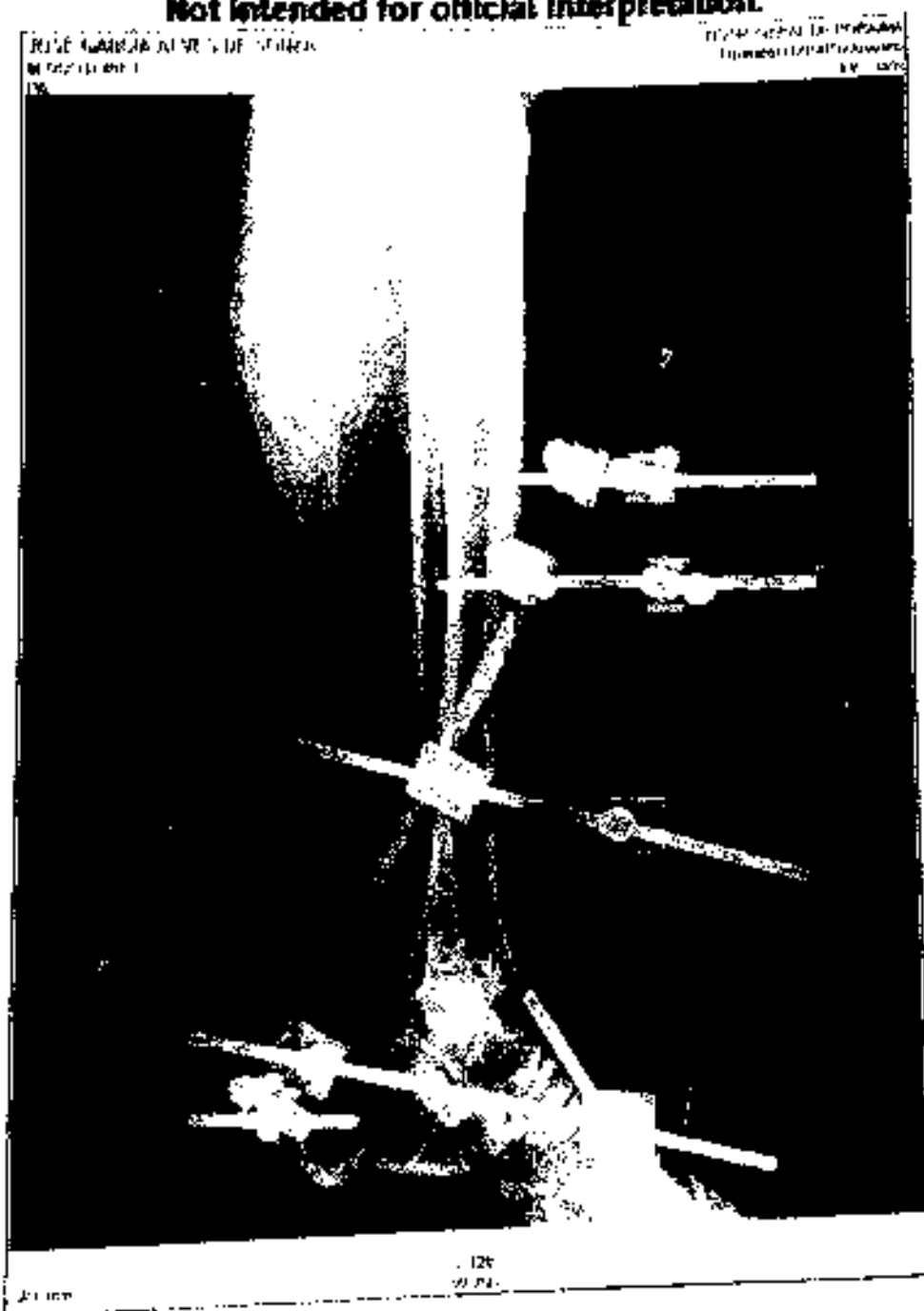
Jose Garcia Alves

Leito: 4011

Data: 07/08/2019

Localização	Região: <u>MI</u>	Região: <u>MSD</u>
<p>Esatologia</p> <p>() Lep I II III IV V () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular</p> <p>(X) Trauma: <u>Tracção</u> <u>X</u> Fixador externo () Ortopedia</p> <p>() Outros:</p>	<p>Grav: I () II (X)</p> <p>() Lep I II III IV V () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular</p> <p>(X) Trauma: <u>Tracção</u> <u>Fixador Externo</u> () Ortopedia</p> <p>() Outros:</p>	<p>Grav: I () II (X)</p> <p>() Lep I II III IV V () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular</p> <p>(X) Trauma: <u>Tracção</u> <u>Fixador Externo</u> () Ortopedia</p> <p>() Outros:</p>
<p>Aparência do Leito</p> <p>() Neutrose: Amarelado/Verde () Escarado () Granulação () Epitelização</p> <p>(X) Ferida Recoberta () Dreno/Sonda () Outros</p>	<p>() Neutrose: Amarelado/Verde () Escarado () Granulação () Epitelização</p> <p>(X) Ferida Recoberta () Dreno/Sonda () Outros</p>	<p>() Neutrose: Amarelado/Verde () Escarado () Granulação () Epitelização</p> <p>(X) Ferida Recoberta () Dreno/Sonda () Outros</p>
<p>Pele Perilesional</p> <p>(X) Normal () Macerado () Seca () Belfema / Rubor</p> <p>() Outros:</p>	<p>() Normal () Macerado () Seca () Frieira / Rubor</p> <p>(X) Outros: <u>Quelma</u></p>	<p>() Normal () Macerado () Seca () Frieira / Rubor</p> <p>(X) Outros: <u>Quelma</u></p>
<p>Tipo de Exsudato</p> <p>() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serosanguíneo () Seco</p> <p>() Outros:</p>	<p>() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco</p> <p>() Outros:</p>	<p>() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco</p> <p>() Outros:</p>
<p>Quantidade de Exsudato</p> <p>() Molhado (X) Úmido () Seco</p>	<p>() Molhado () Úmido () Seco</p>	<p>() Molhado () Úmido () Seco</p>
<p>Solução de Limpeza</p> <p>(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%</p>	<p>(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%</p>	<p>(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%</p>
<p>Cobertura primária</p> <p>(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel</p> <p>() Outros:</p>	<p>(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel</p> <p>() Outros:</p>	<p>(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel</p> <p>() Outros:</p>
<p>Troca</p> <p>() 12/12 (X) Diário () 48/48h</p>	<p>() 12/12 (X) Diário () 48/48h</p>	<p>() 12/12 (X) Diário () 48/48h</p>
<p>Profissional que realizou procedimento:</p> <p><u>Wenderson de Souza Filho</u> Enfermeiro</p>	<p><u>Wenderson de Souza Filho</u> Enfermeiro</p>	<p><u>Wenderson de Souza Filho</u> Enfermeiro</p>
<p>Observações:</p>		

Not intended for official interpretation.



Not intended for official interpretation.

JOSE GASTAL ALVES DE OLIVEIRA

[illegible]

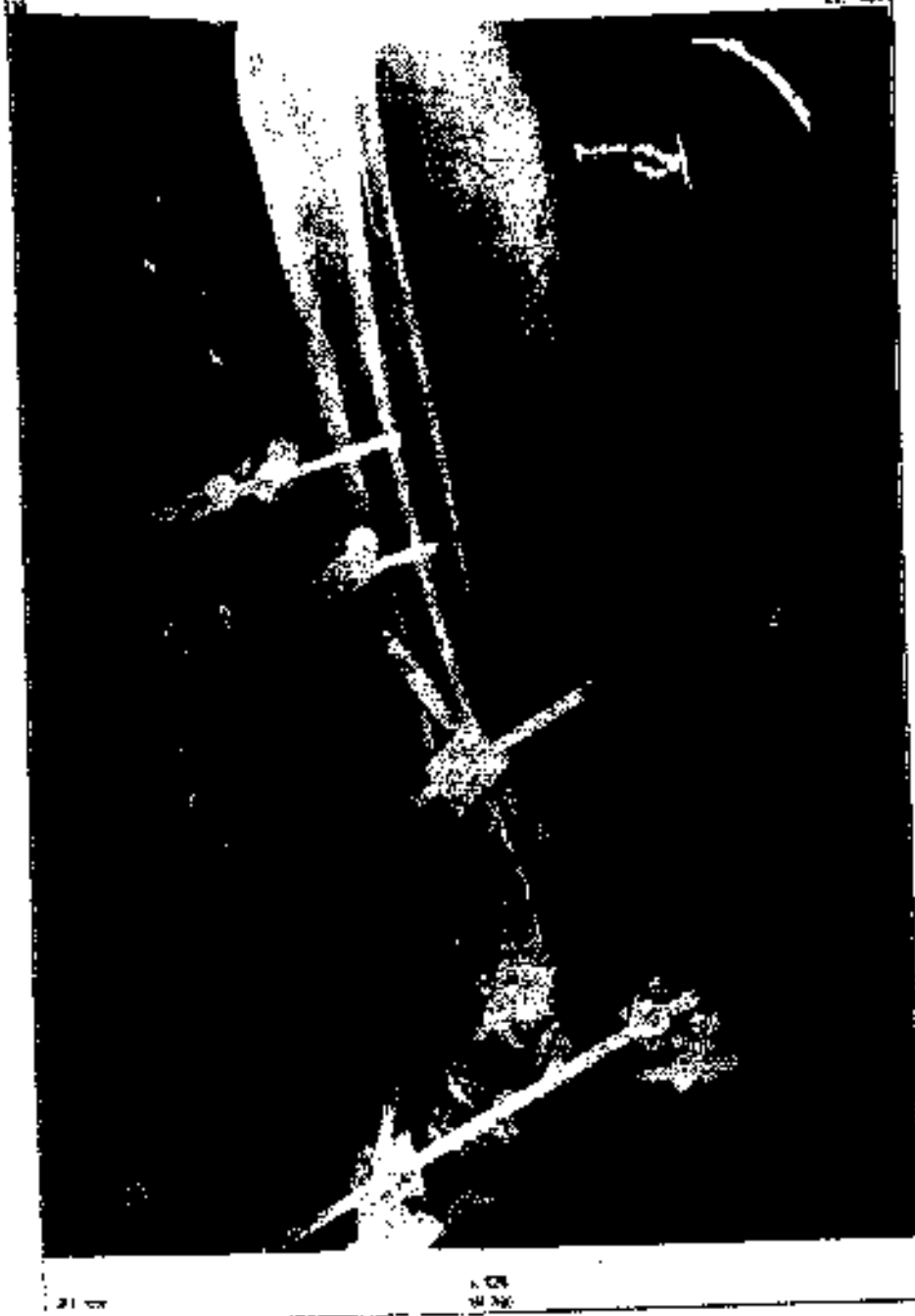
المستشرقون (سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران)
مجموعه: ۱۳۴۵، جلد: ۱، شماره: ۱، صفحه: ۱۳۴

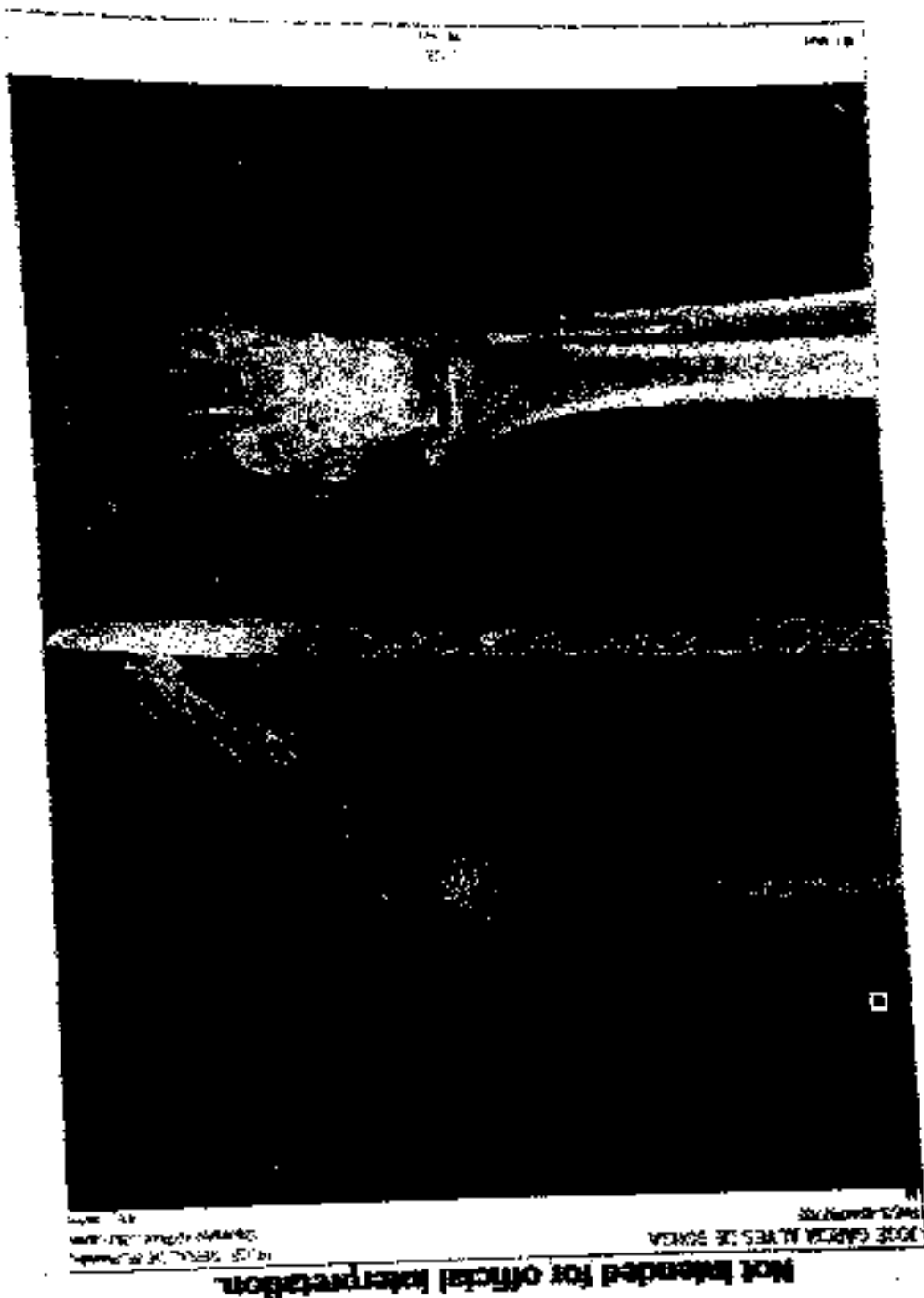


Not intended for official interpretation.

地址: 上海南京路 100 号 10 楼 1001 室
电话: 021-6248 0000

የጋራ ጥቅም ላይ የሚውል የሥራ ስልጣን
የጋራ ጥቅም ላይ የሚውል የሥራ ስልጣን
የጋራ ጥቅም ላይ የሚውል የሥራ ስልጣን

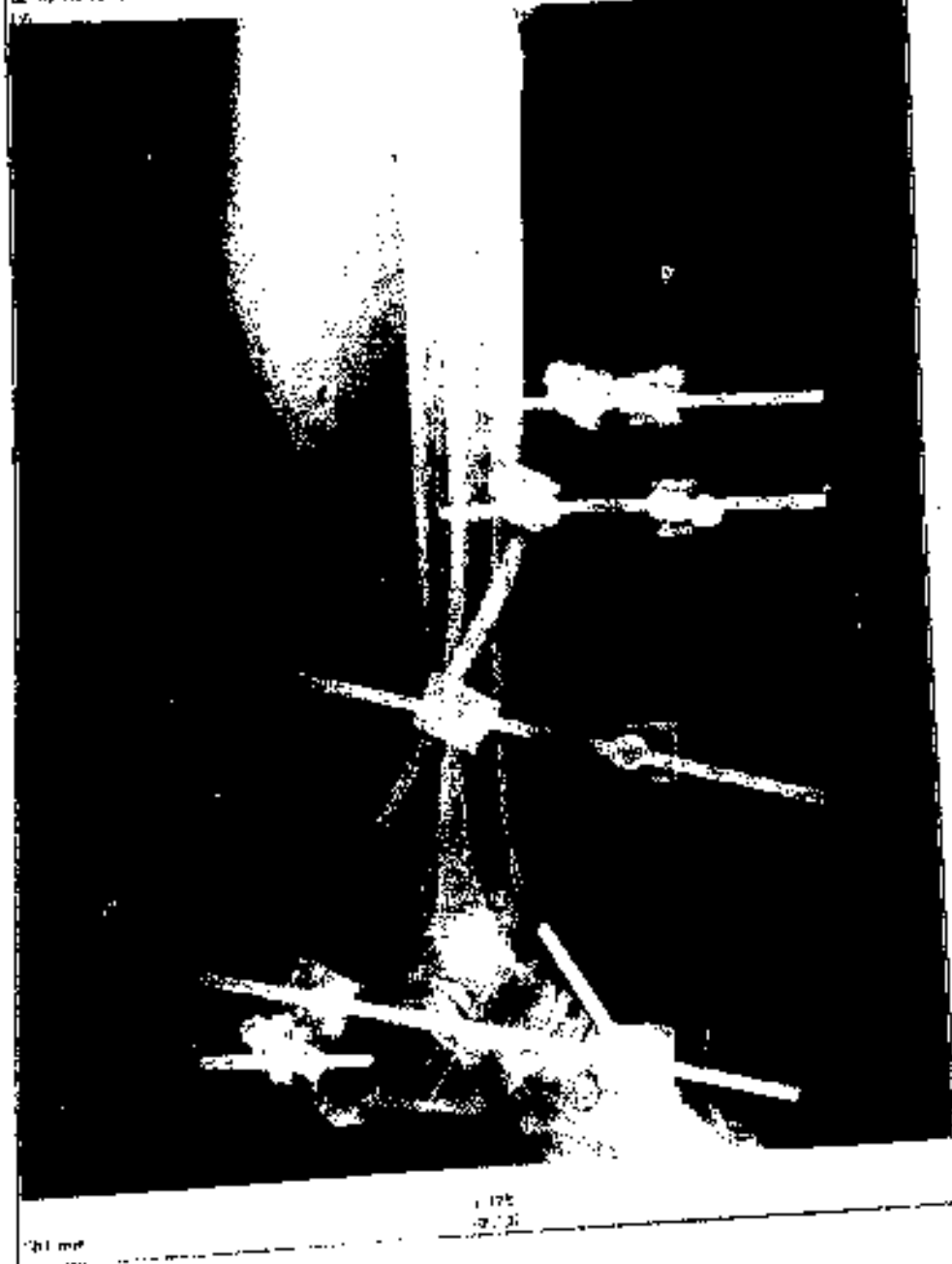




Not intended for official interpretation.

DEPT. OF COMMERCE, BUREAU OF COMMERCE
WASHINGTON, D. C. 20540

U.S. DEPARTMENT OF COMMERCE
BUREAU OF COMMERCE
WASHINGTON, D. C. 20540



Not intended for official interpretation.

JOSÉ GARCÍA ALVAREZ DE SORZA
BLVD 50 4011

SECRETARÍA DE INTERIORES
SECRETARÍA DE JUSTICIA
MEXICO





1904-1905
 1906-1907
 1908-1909
 1910-1911
 1912-1913
 1914-1915
 1916-1917
 1918-1919
 1920-1921
 1922-1923
 1924-1925
 1926-1927
 1928-1929
 1930-1931
 1932-1933
 1934-1935
 1936-1937
 1938-1939
 1940-1941
 1942-1943
 1944-1945
 1946-1947
 1948-1949
 1950-1951
 1952-1953
 1954-1955
 1956-1957
 1958-1959
 1960-1961
 1962-1963
 1964-1965
 1966-1967
 1968-1969
 1970-1971
 1972-1973
 1974-1975
 1976-1977
 1978-1979
 1980-1981
 1982-1983
 1984-1985
 1986-1987
 1988-1989
 1990-1991
 1992-1993
 1994-1995
 1996-1997
 1998-1999
 2000-2001
 2002-2003
 2004-2005
 2006-2007
 2008-2009
 2010-2011
 2012-2013
 2014-2015
 2016-2017
 2018-2019
 2020-2021
 2022-2023
 2024-2025
 2026-2027
 2028-2029
 2030-2031
 2032-2033
 2034-2035
 2036-2037
 2038-2039
 2040-2041
 2042-2043
 2044-2045
 2046-2047
 2048-2049
 2050-2051
 2052-2053
 2054-2055
 2056-2057
 2058-2059
 2060-2061
 2062-2063
 2064-2065
 2066-2067
 2068-2069
 2070-2071
 2072-2073
 2074-2075
 2076-2077
 2078-2079
 2080-2081
 2082-2083
 2084-2085
 2086-2087
 2088-2089
 2090-2091
 2092-2093
 2094-2095
 2096-2097
 2098-2099
 2100-2101
 2102-2103
 2104-2105
 2106-2107
 2108-2109
 2110-2111
 2112-2113
 2114-2115
 2116-2117
 2118-2119
 2120-2121
 2122-2123
 2124-2125
 2126-2127
 2128-2129
 2130-2131
 2132-2133
 2134-2135
 2136-2137
 2138-2139
 2140-2141
 2142-2143
 2144-2145
 2146-2147
 2148-2149
 2150-2151
 2152-2153
 2154-2155
 2156-2157
 2158-2159
 2160-2161
 2162-2163
 2164-2165
 2166-2167
 2168-2169
 2170-2171
 2172-2173
 2174-2175
 2176-2177
 2178-2179
 2180-2181
 2182-2183
 2184-2185
 2186-2187
 2188-2189
 2190-2191
 2192-2193
 2194-2195
 2196-2197
 2198-2199
 2200-2201
 2202-2203
 2204-2205
 2206-2207
 2208-2209
 2210-2211
 2212-2213
 2214-2215
 2216-2217
 2218-2219
 2220-2221
 2222-2223
 2224-2225
 2226-2227
 2228-2229
 2230-2231
 2232-2233
 2234-2235
 2236-2237
 2238-2239
 2240-2241
 2242-2243
 2244-2245
 2246-2247
 2248-2249
 2250-2251
 2252-2253
 2254-2255
 2256-2257
 2258-2259
 2260-2261
 2262-2263
 2264-2265
 2266-2267
 2268-2269
 2270-2271
 2272-2273
 2274-2275
 2276-2277
 2278-2279
 2280-2281
 2282-2283
 2284-2285
 2286-2287
 2288-2289
 2290-2291
 2292-2293
 2294-2295
 2296-2297
 2298-2299
 2300-2301
 2302-2303
 2304-2305
 2306-2307
 2308-2309
 2310-2311
 2312-2313
 2314-2315
 2316-2317
 2318-2319
 2320-2321
 2322-2323
 2324-2325
 2326-2327
 2328-2329
 2330-2331
 2332-2333
 2334-2335
 2336-2337
 2338-2339
 2340-2341
 2342-2343
 2344-2345
 2346-2347
 2348-2349
 2350-2351
 2352-2353
 2354-2355
 2356-2357
 2358-2359
 2360-2361
 2362-2363
 2364-2365
 2366-2367
 2368-2369
 2370-2371
 2372-2373
 2374-2375
 2376-2377
 2378-2379
 2380-2381
 2382-2383
 2384-2385
 2386-2387
 2388-2389
 2390-2391
 2392-2393
 2394-2395
 2396-2397
 2398-2399
 2400-2401
 2402-2403
 2404-2405
 2406-2407
 2408-2409
 2410-2411
 2412-2413
 2414-2415
 2416-2417
 2418-2419
 2420-2421
 2422-2423
 2424-2425
 2426-2427
 2428-2429
 2430-2431
 2432-2433
 2434-2435
 2436-2437
 2438-2439
 2440-2441
 2442-2443
 2444-2445
 2446-2447
 2448-2449
 2450-2451
 2452-2453
 2454-2455
 2456-2457
 2458-2459
 2460-2461
 2462-2463
 2464-2465
 2466-2467
 2468-2469
 2470-2471
 2472-2473
 2474-2475
 2476-2477
 2478-2479
 2480-2481
 2482-2483
 2484-2485
 2486-2487
 248

SECRETARY OF DEFENSE

John C. Egan

JOHN C. EGAN

Present to Governor Johnston
August 21 1870

rec 02/03/19, C.F.

1. *Levobutylacetate* - 100 gms
 2. *Propanol* - 100 gms

—Sergio 70 años de
—Antonio

26815

CLASIFICACION: CONFIDENTIAL
 AUTORIZACION: CONFIDENTIAL
 FECHA: 01-10-2001

Laudô Médico

Sr. Jose Jozia Alves de Souza, C.I 356322-7 SSP/RR

vítima de acidente de trânsito, com diagnóstico de fratura exposta
do tornozelo direito, conforme ficha de atendimento 1901143776,
de 03/06/19 do P.S. FIC E.L.B.A.S. Foi realizado tratamento com
gipsagem externa e fisioterapia. Atendimentos periodicamente com
evolução do tornozelo, marcha claudicante e direita. Apresenta
limitação para flexão, hiperextensão e rotação interna e externa do
tornozelo direito. Apresenta dor e mobilidade ativa e passiva
durante exame clínico.

Conclusão: Encaminhado para sequelas funcionais
permanentes do membro inferior direito.

Boa Vista, 09/11/2019


DR. FRANCISCO R. FARIAS
CRM 365/RR