



PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE: **ALEXANDRE LIMA PESSOA**, brasileiro, SOLTEIRO, PEDREIRO, portador da cédula de identidade nº 197841, SSP/RR, devidamente inscrita no CPF/MF sob o nº 820.954.692-91, residente e domiciliado na TV DOS MACUXIS, nº1217, Bairro DR SÍLVIO LEITE, nesta Capital, CEP 69.314-294, e-mail: alexandre_lp03@hotmail.com.

OUTORGADO: **MARCO ANTONIO SALVIATO FERNANDES NEVES**, brasileiro, casado, advogado, regularmente inscrito na OAB/RR sob o nº. **205-B**, e **MARCO NEVES ADVOGADOS ASSOCIADOS**, sociedade de advogados regularmente inscrita na OAB/RR sob o nº. 81, devidamente inscrita no CNPJ sob o nº 25.286.636/0001-72, ambos com endereço profissional na Rua Rocilda Moura, nº. 415, bairro Paraviana, cidade de Boa Vista/RR, CEP 69.307-290, e-mail: marconevesadvogados@gmail.com.

PODERES PARA O FORO EM GERAL: Por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicia*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais, em qualquer Instância ou Tribunal, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração ainda outorga ao advogado acima descrito e sua respectiva sociedade, os poderes para receber intimação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir sobre atos processuais na forma do art.190 do CPC, propor AÇÃO DE RESPONSABILIDADE CIVIL OBJETIVA, em desfavor da SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT, receber alvará e levantar importância em nome do Outorgante em qualquer agência Bancaria referente a presente proposta, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, fazer acordos, pedir a gratuidade judiciária e assinar declaração de hipossuficiência econômica, inclusive indicar endereço eletrônico (em conformidade com o art. 105 do NCPC15).. Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

Boa Vista/RR, 15 de JANEIRO de 2019.


Outorgante

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

NOME: ALEXANDRE LIMA PESSOA

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

RG nº. 197841 **SSP-RR** **PROFISSÃO:** PEDREIRO

CPF/MF nº. 820.954.692-91

ENDEREÇO: TV DOS MACUXIS, N°. 1217, BAIRRO: DR SILVIO LEITE,
BOA VISTA-RR.

DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art. 99 § 3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 15 de JANEIRO de 2019.



DECLARANTE

PAGUE SEGURO

Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

SINISTRO 3180536552 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ALEXANDRE LIMA PESSOA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO COELHO NETO - CONSULTORIA, ASSESSORIA E CORRETAGEM DE SEGUROS S/S LTDA. - ME FILIAL/RR
BENEFICIÁRIO ALEXANDRE LIMA PESSOA \
CPF/CNPJ: 82095469291

Posição em 15-01-2019 15:46:34

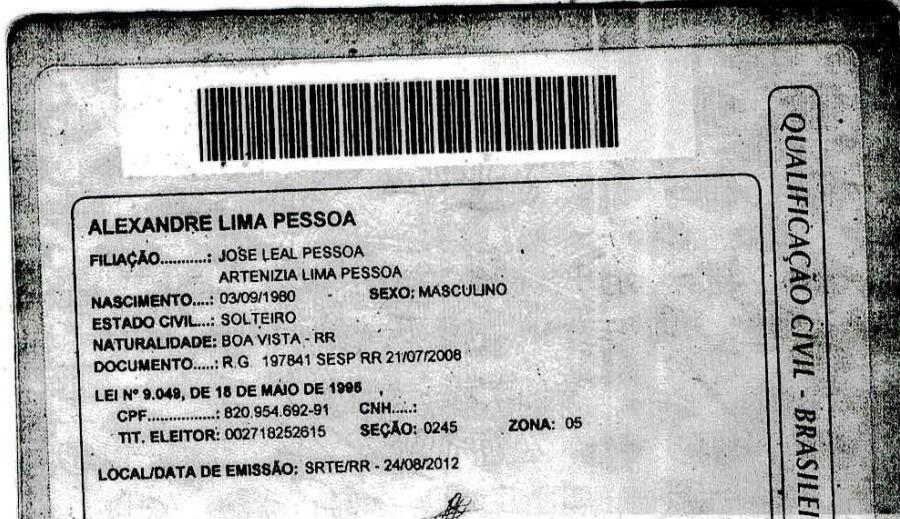
Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
→ Declaração do Proprietário do Veículo	Vítima	Não Conforme	

Histórico das correspondências enviadas

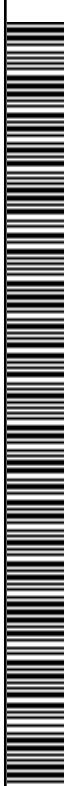
Data da Carta	Referência	Ver Carta
28/12/2018	Exigência Documental	

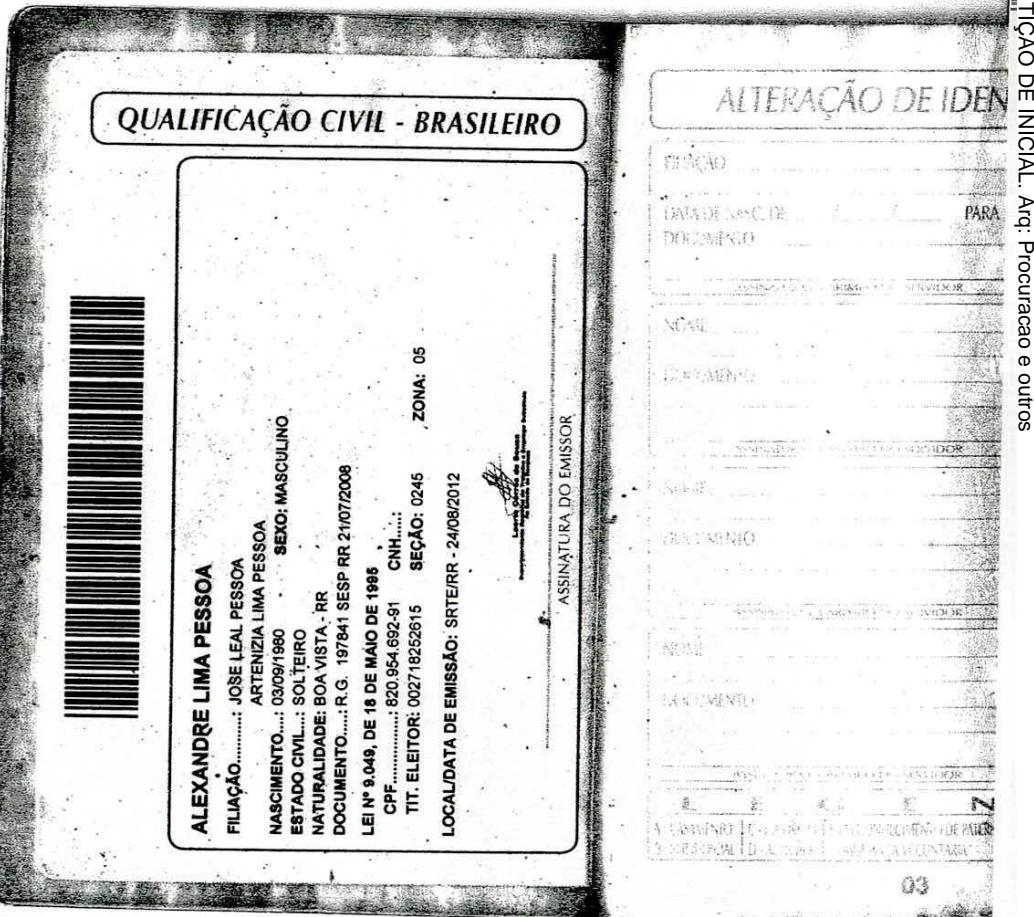
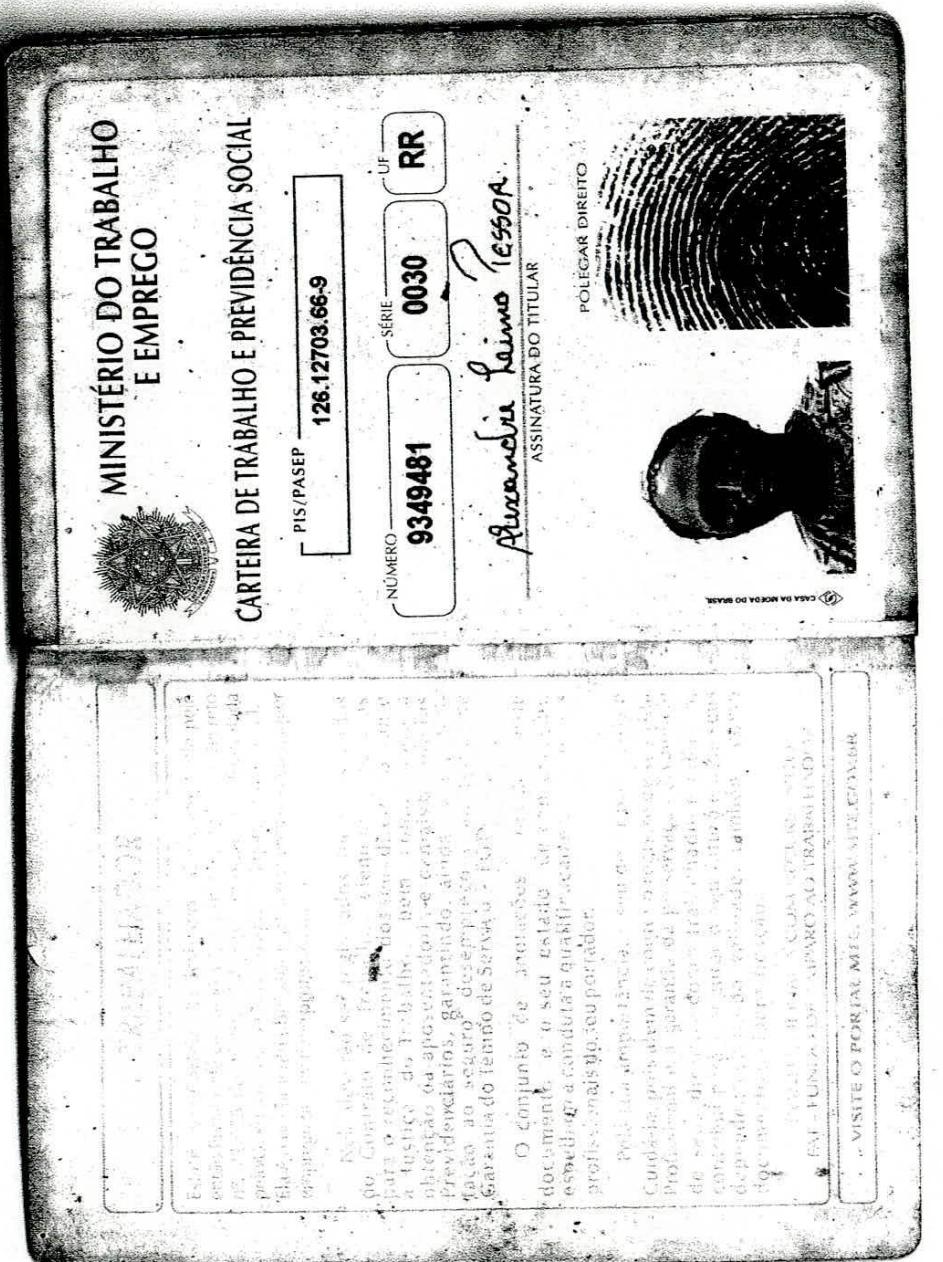
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi> - Identificador: PJSXC EA9M3 LJBD 4KB23



CONTRATO DE TRABALHO			
EMPREGADOR	109.710.712/0001-54		
ENDEREÇO	Rua Pedro Lobo VISTA/RR		
MUNICÍPIO	CEP: 69.312-000		
ESPOSO ESTABELECIMENTO	CARGO		
REGISTRO N°	PEDRO LBO VISTA/RR		
DATA DE ADMISSÃO	17	DE SETEMBRO	DE 2014
REGISTRO N°	20	FLS. / FICHA	20
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	R\$ 1.302,00		
DATA DE SAÍDA	21	SOCIO ADMINISTRADOR	DE 2014
COM. DISPENSA ECD N°	08		
FGTS N° DA CONTA:	Vicente 22		

CONTRATO DE TRABALHO			
EMPREGADOR	09.027.989/0001-00		
ENDEREÇO	MANHATTAN - CONSTRUÇÕES E SERVIÇOS LTDA		
MUNICÍPIO	Rua da Jaqueira, 489 - Caçari II		
ESPOSO ESTABELECIMENTO	CEP: 69.307-410		
CARGO	Atendente		
REGISTRO N°	RR		
DATA DE ADMISSÃO	01	DE Abril	2016
REGISTRO N°	RIB	FLS. / FICHA	502,00
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	MANHATTAN Construções e Serviços Ltda Elizimar de Aquino Mendonça Sócio-Administrador		
DATA DE SAÍDA	21	SOCIO ADMINISTRADOR	DE 2016
COM. DISPENSA ECD N°	09		
FGTS N° DA CONTA:	Vicente 22		





marco Antonio Salviato Fernandes Neves:03587203709,

15/02/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Procuracao e outros

Via de Pagamento para o mes/ano: 10/2018 referente a UC: 1366742

<http://www.eletrobrasroraima.com/segundavia/fatura.php>

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 1631282

ALFREDO LEAL PESSOA NETO

TV DOS MACUXIS, 1217, 1

DR. SILVIO LEITE

69314294 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1366742	MÊS 10/2018	PERÍODO DE CONSUMO 10-SEP-18 a 10-OCT-18
CONSUMO (kWh) 0	VENCIMENTO 01-NOV-18	TOTAL A PAGAR R\$ 289,18

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada

- Ligue EDRR: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1366742	MÊS 10/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 289,18
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836300000020.891800750004.000000001362.674210180057



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
 Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSSXC EA9M3 LJUBED 4KB3

12 NOV. 2018

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 487/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 03/09/2018

COMUNICANTE: ALEXANDRE LIMA PESSOA

RG: 197841 - SSP-RR CPF- 820.954.692-91

ENDEREÇO: TRAV. DOS MACUXIS - Nº 1217

BAIRRO: DR. SILVIO LEITE UF: RR

SEXO: MASCULINO - PROFISSÃO: PEDREIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA ESTADO: RR

DATA DE NASCIMENTO: 03.09.1980 - IDADE: 38 ANOS - GRAU DE INSTRUÇÃO: ENS. FUND.INCOMP.

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO - TELEFONE: - Nº 99111-5461 - REG. -RR - CNH:

NOME DO PAI – JOSE LEAL PESSOA

NOME DA MÃE: ARTENIZIA LIMA PESSOA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 22:00 MIN. do dia 11/08/2018 NA AV. DOS TRABALHADORES – BAIRRO - PÉROLA

O comunicante acima qualificado, que não é habilitado, compareceu a esta especializada para informar que na data, hora e endereço acima descrito, dirigia na mencionada avenida, que se trata de via principal, sentido bairro/centro, uma motocicleta YAMAHA/YBR 125E, PLACA NAT 5983, RENAVAN 00912232935, CHASSI 9C6KE091070032346, de propriedade de MARIA DO SOCORRO DO NASCIMENTO COELHO, CPF 523.436.002-44, conduzindo na garupa sua companheira ADRIANA DOS SANTOS MACEDO , quando um carro não identificado que trafegava no mesmo sentido do veículo do comunicante, fez uma conversão ultrapassagem muito próxima do comunicante vindo o mesmo a se assustar, perdendo o controle do referido para a direita fechando o comunicante sem sinalizar, vindo o mesmo a colidir na lateral esquerda do referido veículo, vindo o mesmo a cair. Informa ainda que em decorrência da queda sofreu lesões corporais sendo mais atingido o pé direito, enquanto sua companheira sofreu um corte no joelho direito. Informa que foi conduzido por terceiros à POLICLÍNICA COSME E SILVA para atendimento médico e em seguida foi encaminhado para o HGR pelo RESGATE para melhores atendimentos. Segundo o comunicante, este registro é somente para efeito de SEGURO DPVAT. É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de transito com vítima

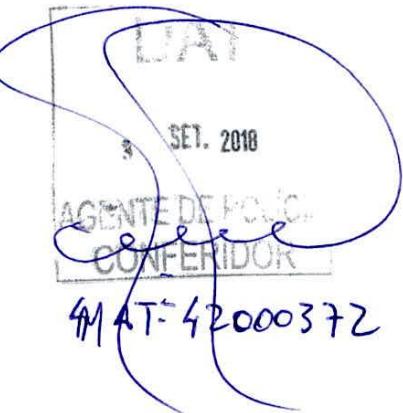
OBSERVAÇÃO: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS.


ALEXANDRE LIMA PESSOA

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denúncia caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."


Agente CARC. DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 042000372


SET. 2010
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

MAT: 42000372

12 NOV. 2018

marco Antonio Salviato Fernandes Neves:03587203709,

15/02/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

11/08/2018

...:: Guia de Atendimento 02 ::..

LARANJA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
POLICLINICA COSME E SILVA
RUA DELMAN VERAS, S/N , PINTOLANDIA



1800416052	11/08/2018 22:24:59	FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA	NOTURNO 19-	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF 07- 82095469291 00064603	
ALEXANDRE LIMA PESSOA		03/09/1980	37 A 11 M 8 D		ME Fronário	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Nacionalidade	
IDENTIDADE	197841	SSP/RR		M NAO	BRASILEIRA	
Mãe				INFORMADO	Contato	
ARTENIZIA LIMA PESSOA				NI	(95) 99139-2378	
Endereço						Ocupação
- JOSE MARIA CARNEIRO - 245 - PEROLA - BOA VISTA - RR						NÃO INFORMADA
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
LARANJA	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Pressão	
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA				120 x 60	
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:		
RECEPÇÃO SPA / URG / E	DEMANDA ESPONTANEA			NADIA.LEVEL		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
RELATA ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO MOTO COM CARRO, COM DORES NO MMII						
Anamnese de Enfermagem	GSC TOTAL AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 21:50 h)	Alisson Motociclistico Hr = Henar.					
Exame Físico	Exams em p ^o D					
Hipótese Diagnóstica	Fratura					
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:					
PRESCRIÇÃO	① BNOXIN 23/08 ② Driacem 23/08 ③ BNC 23/08 p/ Hen		APRAZAMENTO	CONFERE COM ORIGINAL		
Óbito	Em 24/08/18 Ass.: Dr. Bruno Vieira de Lima Dr. Administrador PCS/SESAU Mat. 118					
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:					
	Ambulatório Observação (Até 24h) Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :					
Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não	Destino: () Família	Dr. Bruno Vieira de Lima IMI. Anatomia Patológica ETICO - CRM-RR 1231				
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico 11 AGO. 2018				

Impresso por: eberson.silva
Data Hora: 11/08/2018 22:37:09



1800416052

D2018
SOTECN - Soluções em Tecnologia
Sist. de Gestão em Saúde
Ver. 4.2.1 - 01/01/2018

11/08/2018

Raquel L. Salazar

Téc. Enfermagem
COREN-RR 001.050.491-TE
NHE UVC
15/02/18

...:Guia de Atendimento 02 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1800994173	11/08/2018 23:40:46	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			NOTURNO 19- 33
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF 07
ALEXANDRE LIMA PESSOA		03/09/1980	37 A 11 M 8 D		82095469291
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Nacionalidade
IDENTIDADE	197841	SSP/RR		M NAO INFORMADO	BRASILEIRA
Mãe					
ARTENIZIA LIMA PESSOA				NI	Contato (95) 99139-2378
Endereço	TRAVESSA - DOS MACUXIS - 217 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR				Ocupação NÃO INFORMADA
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA		PCS - PRONTO AT		Pressão
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:
GRANDE TRAUMA	AMBULANCIA (HOSPITAL)				SOUSA
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				
Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6				

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PREScrição

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

- Alta por Decisão Médica
 Alta a Pedido
 Alta a Revelia
 Transferência para:

Gilcéia Parente Ambulatório
Psicólogo Observação (Até 24h)
CRP 20/04899 Internação
Data e Hora da Saída/Alta:

óbito
Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família IML Anatomia Patológica

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2.211.0020
/ AUTENTICAÇÃO /
27 SET. 2018

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é da Real Documento original
que foi apresentado na consulta.
1800994173

Assinatura do Paciente ou Responsável

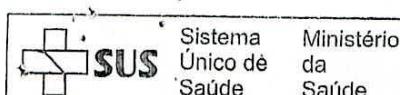
Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: sousa
Data Hora: 11/08/2018 23:42:37

Eduardo Gomes
Técnico em Enfermagem
Vit. 4.2.04 - 01/01/05

marco Antonio Salviato Fernandes Neves:03587203709,

15/02/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição



BLOCO A

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. 49108

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CNES
HGR	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	4 - CNES
HGR	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	6 - N° DO PRONTUÁRIO
Alexandre Leim Renas	467215
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
40 300 86 88 74 63 08	03/09/80
9 - SEXO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO
Antônioa heima Renas	DDD
12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)	N° DO TELEFONE
avenida edes Macris 217 - bairro serviço leite	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
Bocaina	15 - UF
	16 - CEP
	RN

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	Traum contusão levor de acidente moto	
--	---------------------------------------	--

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Urgência	HOSPITAL GERAL DE RODRIGUES Av. Brig. Eduardo Gomes, 5/11 Novo Pianalto Tel (35) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO 21 SET. 2018
----------	--

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

Exame fez + Rx	Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital
----------------	---

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

+ Rx 294-MTT (D)	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
------------------	-----------------------	------------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
Ort			
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
		() CNS	() CPF
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE	31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
Dr. Pedro	12/08/08		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° 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	() EMPREGADO	() EMPREGADOR	() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO	() APOSENTADO	() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS	() CPF	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
12/08/18		

0308010019
5923 9068
V29

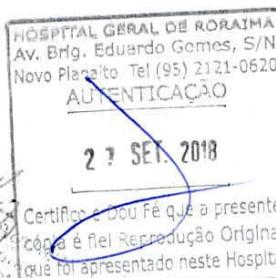
12 NOV. 2018

ite. 18 - D

marco Antonio Salviato Fernandes Neves:03587203709,
15/02/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

110-2 1-18

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Alencarneira Senna Pereira				
DIAGNÓSTICO	Fx 2º 14-01-15 (D)				
ALERGIAS	HAS		NEGA	DM2	NEGA
IDADE	37	LEITO	DATA		12/02/18
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				9h
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia				04
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H Suspensão				12/12hs
4	TILATIL 20mg 12/12hs				06/12/18
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				12/12hs
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				06/12/18
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				12/12hs
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				06/12/18
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				12/12hs
10	SSV + CUGG 6/6 H				12/12hs
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				12/12hs
14	CURATIVO DIARIO				12/12hs
15	At 13/02				12/12hs
16	Alencarneira Bicalogues				12/12hs
17					12/12hs
18					12/12hs
19					12/12hs
20	SE DIABÉTICO CORRÉÇÃO 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				Gilcélia Parente Psicologa CRP 20/04639
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
Ao bloco para programação cirúrgica					

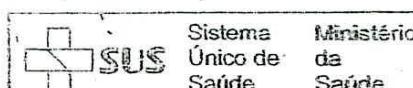


SINAIS VITAIS				
6 H	—	130/74	58	
08/18 12 H	36,2°C	135x84	55	Vanderlei de S. Conceição COREN-RR 066.280-TE
18 H	36	135x80	51	
24 H	1 —	123/87	53	

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

12 NOV. 2018

marco Antonio Salviato Fernandes Neves:03587203709,
15/02/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Adriano Henrique Pucca

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

9 - SEXO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO FONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura e luxação de braço e tibia-fráquea e de múltiplos auto traum.
Nos do p/ diurite

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura e luxação

Dr. Bruno E. Santos
Ortopedia & Traumatologia
Tit. de Especialista
TEOT 10488
CRM 1047

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

RX

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura e luxação de braço e tibia-fráquea e de múltiplos auto traum.

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura e luxação de braço e tibia-fráquea e de múltiplos auto traum.

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Ortopedia

Luxação

CNS

CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Bruno Vitor M.

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

13/08/18

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

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO

44 - AUTÔMOMO

45 - DESEMPREGADO

46 - APOSENTADO

47 - NÃO SEGURO

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔMOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNS

CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0908050462

5923

0795

18-P

12 NOV. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 18 / 08 / 18

O.S. _____

Alexander Lima Pimenta

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura / luxação de hérmen e múltiplas entofismos p/ direito
INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Retirada de fratura / luxação de hérmen e múltiplas entofismos

Tipo de intervenção: _____

Medicamentos e acidentes: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGÃO: Dr. Bruno _____ 1º AUXILIAR: Dr. Milton M. _____
2º AUXILIAR: Dr. Fernando R. _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____

Dr. Bruno F. Santos
Ortopedia e Traumatologia
Título de Especialista
DURACAO: TECOT 10488
CRM 1047

RELATÓRIO CIRÚRGICO

DR. FIDELIS
TREINAMENTO

1. Documentar um DDM nesse segmento;
2. AD + CCE;
3. Encavar longitudinal dorsal em p/ dirito com mini-
gavio do lado posterior + parafuso da FK e parafuso
mudando as fraturas e entofismos de entofismos com
as suas respectivas crurações e aderida nesse sentido
côpico + anterior + posterior;
4. A RDA.

12 NOV. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
 "Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Alexandre Lima Pessoa, 38 A

Bon Visto - RI

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO												Nº	
<ul style="list-style-type: none"> - midolacrom 25 mg (IV) - Fentanil 100 mcg (IV) 												18/08/18	
AGENTES	08	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
	N 20												
LÍQUIDOS VENOSOS	A P	150 148 P 500											
DA X	02												
ULSO ●	38	240											
ANES X	36	220	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	
OP O	34	200											
TEMP □	32	180											
ASPIR. A	30	160											
RESP O	28	140											
	Export												
	Assist												
	Contro												
SÍMBOLOS	*	○											
A Ff Bdt													
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES										
A	Propofol 0,25 1500	Inhalatória	x - check lists: monitorização, urinícola e equipamentos										
B		Alta Combar Simple	1 - DA sob em 1L/min										
C		13-14 L/min mediana	2 - Asscpnha e antissépsis de reagre com tambo										
D		1 a 20 ml/minuto 26	3 - Bloco com monitornista										
		Sob ventilação respiratória	4 - Apneotim 1G (IV)										
F		Npa	5 - Extremos 10 mg (IV)										
G			6 - Dipirona 2g (IV)										
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Cámla - Naso / Oro Faringeas cm díalum											
NOCD		Naso / Orotraqueal - Cega											
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo											
		Sob Máscara											
		Dificuldade Técnica											
		Não											
TEMPO DE ANESTESIA													
TOTAL	750 ml												
OPERAÇÃO	Osteossíntese de Fratura e luxação												
Dr LSFRANC													
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGUÍNEA										
Dr. Ana Paula Thomé		Dr. Vieira Bruno											

Dra Ana Paula Thomé
 Médica Anestesiologista
 CRM-ER 1408

12 NOV. 2018

AO SRP

marco Antonio Salviato Fernandes Neves:03587203709,
15/02/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

38

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Alexandre Lima Pessoa	110-2		18 / 08 / 18

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Ortopediia Fret. e Luxação Lesão de joelho	08:30	10:00	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	Dr. Bruno Figueiredo	ANESTESISTA:	Dr. Ana Paula
1º AUXILIAR	Dr. Vitor Montenegro	RES. ANESTESIA:	

2º AUXILIAR	Dr. Fernando R.	CIRCULANTE	Wellington + miney	
TIPO DE ANESTESIA:	Requi	TEMPO DE DURAÇÃO:		

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO 500 ml	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 8.0		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO MONONYLON Nº 3.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURINº N° 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO SEDA Nº 00	
	SERINGA 01ML		<input checked="" type="checkbox"/>	SURGICEL Blenco do	
	SERINGA03ML			CERA P/ OSSO	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA05 ML			KIT CATARATANº	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		<input checked="" type="checkbox"/>	GEOFOAM ATedura 70 cm	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA20ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS: cloretetina	
			100ml		

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

12 NOV. 2018

120-02

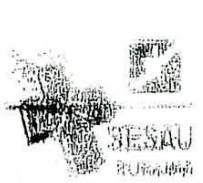
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE		Alessandro Tavares Pimenta			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE		LEITO	110:02	18 108 118	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			S/N/D	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			manha	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			12/18 21/06	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			10/12 21/06	
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			12/18 21/06	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			S/N	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			S/N	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			S/N	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			S/N	
10	SSVV + CCGG 6/6 H			Rotina	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			S/N curativo	
14	CURATIVO DIARIO				
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
<p style="text-align: right;">Dr. Fernando Resende Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia 03/08/2017</p>					
SINAIS VITAIS					
6 H					
12 H	100x60	68		36,3	
18 H	130x90	92		36,5	
24 H					
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.					

06h: 110x70 80

36,5

12 NOV. 2018

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRÉ	TRANS	PÓS	PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	PRÉ	TRANS	PÓS
Ansiedade relacionada (a) procedimentos transop. (b) procedimentos pós-operatórios.		A	B	Avalia preparo operatório			V	
Risco para a queda relacionado (a) Intervenção cirúrgica (b) presença de cateter ou sonda.			A	Orientar paciente sobre o que durante sua permanência no C.C.			C	
Risco para a queda relacionado (a) estado pós-anestésico (b) imobilidade.		A		Encaminhar paciente a sala de cirurgia			C	
Desobstrução aerática relacionada (a) estado pós-anestésico (b) imobilidade.				Cuidar para que não esteja fria na recepção do paciente			C	
Panículo muscular de tecidos relacionado (a) depressão do sistema respiratório (b) relaxamento muscular.	A		A	Mantém paciente coberto sem camisola			V	
Risco para quedas relacionado (a) estado de anestesia (b) temperatura ambiente e idade.		A		Instala monitores e oximetria de pulso			C	
Risco para quedas relacionado (a) estado anestésico (b) agitação (c) uso de bisturi elétrico.	A			Auxiliar na colocação do paciente na posição cirúrgica			C	
Risco para quedas (a) pelo posicionamento p/operatório.				Seguir rotina da instalação de cuidados com bisturi elétrico			C	
Integridade física prejudicada (a) cirurgia (b) quelmeas.	A			Registrar volume e anotar aspecto do débito urinário de 1/1 hora			C	
Mobilidade física prejudicada relacionada a estado pós-anestésico cirúrgico.				Controlar drenos frequentes nas primeiras horas de PCI			C	
Retenção urinária relacionada (a) diminuição do tônus da bexiga pós-anestésica.				Comunicar Enferm. se hálauamento de sanguamentos pós-incisões e cateteres			C	
Incontinência urinária relacionada (a) efeito da anestesia (b) realização de enema				Verificar sinais vitais (T, PA, PC, PVC, FR, saturação e perfusão) de 10/15 min. ch, ac/30 min 2h, 1/1 hora em diante.			C	
Mucosa oral alterada relacionada ao uso do tubo endotrágico.				Anotar e comunicar enfermeira alterações de padrão respiratórios (apnéia, dispneia, queda da saturação, alterações no nível de consciência).			C	
Dor relacionada à incisão cirúrgica (b) imobilidade.			A	Anota volume e aspecto das secreções traqueobrônquicas.			C	
Náusea e/ou vômito (a) estado pós-cirúrgico- anestésico (b) efeito medicação.				Observar as condições da pele em região de placa de bisturi e eletrodos com vista a quelmeas.			C	
Evolução do enfermagem	Relatório de Enfermagem			Fazer controle da dor proporcionar relaxamento e mudanças de posição no leito.			C	
Pac. férias operatórias, trat. Pto (intervent.) Sel. ANM.	PAC 30 - Paciente in			Manter óculos oculares com gaze e drenos.			C	
reque + sedativo tura	POI de escova m.d.			Manter grades dos leitos elevadas.			C	
Op. p/ret. m. gl. A.R.	Incentiva-se acr-			Preparar paciente para alta do C.C.			C	
Simeone R. C. 2000	exatas, odont., escovas escovas em a. apt im mese						C	
	curvatura e escovas curvatura em m. & curvatura de serra						C	
	menos de 100.2						C	

12 NOV. 2018

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO: ANESTÉSICA

Nome: Alexandre Lima Ronca
Responsável: Cirurgião

ENTRADA (Sala Pré-Anestesia)

PACIENTE CONFIRMOU:

- Identificação
- Sítio Cirúrgico
- Procedimento
- Consentimento: Sim Não

RISCO CIRÚRGICO

- Aplica Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- Sim Não Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

O OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- Não Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- Não
- Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml

- Não
 - Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos
- José D. Residente em Anestesiologia CRN-RR 1897*

Assinatura

Hora: _____

Data: _____

ANTES DA INCISÃO

Anestesista: Dra Ana Paula

Assistente: _____

ENTRADA (Sala Operatória)

PACIENTE CONFIRMOU:

- Identificação
- Sítio cirúrgico
- Procedimento
- Consentimento: Sim Não

RISCO CIRÚRGICO

- Aplica Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- Sim Não Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

O OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- Não Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- Não
- Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml

- Não
- Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura

Hora: _____

Data: _____

Assinatura

Hora: _____

Data: _____

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pos-Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

- Sim Não

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

- Sim Não Não se Aplicam

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

- Sim Não Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

- Sim Não

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

- Sim Não Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

12 NOV. 2018

61.1 %

D

19/8/2018 11:53:20

, ALEXANDRE LIMA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR NASCIMENTO

51.4 %

19/8/2018 11:53:20

