


PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
5ª Vara Cível
Processo 0817786-17.2019.8.23.0010
Comarca: BOA VISTA

Data de Autuação: 10/06/2019 **Situação:** Público

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Data Distribuição: 10/06/2019 **Tipo Distribuição:** Distribuição Automática

Parte(s) do Processo
Tipo: Promovente

Nome: GENIALDO GOMES COSTA FILHO

Data de Nascimento: Não cadastrada **RG:** 3847969 SSP/RR **CPF/CNPJ:** 039.793.592-71

Filiação: /

Advogado(s) da Parte

1832NRR MARLON TAVARES DANTAS

Tipo: Promovido

Nome: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

Data de Nascimento: Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 09.248.608/0001-04

Advogado(s) da Parte

134307NRJ JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sr. **GENIALDO GOMES COSTA FILHO**, Brasileiro, solteiro, autônomo, portador da cédula de identidade nº 384796-9 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 039.793.592-71, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Cap. Clovis da Costa, nº 1415 Bairro: São Bento, CEP: 69.315-666. Tel: (95) 99175-1006 E-mail: adrainomagave256@gmail.com.

Outorgado: Bel. **MARLON TAVARES DANTAS**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 1832, com endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) 99129-6312/98108-7779, onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula "ad judicium", bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive subestabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até o final da liquidação de sentença, sendo que a título de honorários advocatícios pagarei ao advogado a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor bruto do resultado da demanda, exclusivamente em caso de êxito da ação, dando à presente o carácter de contrato de honorários.

Boa Vista/RR, 06 / 05 / 2019


GENIALDO GOMES COSTA FILHO



POLEGAR DIREITO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ		REGISTRO GERAL: 384796-9	DATA DE EXPEDIÇÃO: 04/08/2016
 Polegar Direito		NOME GENIALDO GOMES COSTA FILHO	
		FILIAÇÃO GENIALDO GOMES COSTA MARIA DA PAZ LIMA	
<i>Genialdo Gomes Costa filho</i>		NATURALIDADE BOA VISTA - RR	
ASSINATURA DO TITULAR		DOC. ORIGEM CERTD NASC 4747 FLS 274 LIV A-6 SÃO LUIZ-RR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		CPF 039.793.592-71	
		AMADEU ROCHA TRIANI Partido Federalista do Estado de Roraima Diretor de ROR	
		2 VIA	
		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

GENIALDO GOMES COSTA FILHO, Brasileiro, solteiro, autônomo, portador da cédula de identidade nº 384796-9 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 039.793.592-71, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Cap. Clovis da Costa, nº 1415 Bairro: São Bento, CEP: 69.315-666.

Por ser expressão da verdade, firmo o' presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 06 / 05 / 2019.


GENIALDO GOMES COSTA FILHO



POLEGAR DIREITO

Via de Pagamento para o mes/ano: 02/2019 referente a UC: 1189581

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



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 2378222

JOSE ARAUJO FERREIRA

R. CAP CLOVIS DA COSTA, 1415 ,

SAO BENTO

69315666 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1189581	02/2019	21-JAN-19 a 18-FEB-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
198	06-MAR-19	R\$ 187,28

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1189581	02/2019	R\$ 187,28

836300000012.872800750004.000000001180.958102190054



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

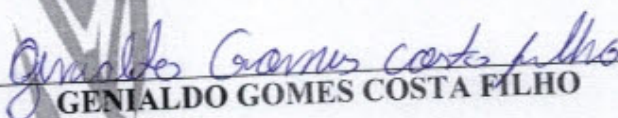
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

GENIALDO GOMES COSTA FILHO, Brasileiro, solteiro, autônomo, portador da cédula de identidade nº 384796-9 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 039.793.592-71, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Cap. Clovis da Costa, nº 1415 Bairro: São Bento, CEP: 69.315-666.

DECLARO para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fé.

Boa Vista/RR, 06 / 05 / 2019.


GENIALDO GOMES COSTA FILHO



POLEGAR DIREITO

ADVOCACIA

CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

EU, Genialdo Gomes Costa Filho, CPF nº 039.793.592-71
Residente e domiciliado à rua Cap. Elvís da Costa, nº 1415, bairro
São Bento, na cidade de Boa Vista, estado de
Roraima, declaro que sou trabalhador (a) autônomo (a), desenvolvendo atividade de
Serviços Gerais recebendo uma renda mensal em média de
R\$ 954,00, não podendo ser demonstrada em contracheque ou em extrato bancário por receber
de forma avulsa, e de acordo com o serviço prestado.

Ratifico serem verdadeiras as informações acima prestadas.

Boa Vista-RR, 06 de maio de 2019.

Genialdo Gomes Costa Filho
GENIALDO GOMES COSTA FILHOS



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039115/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/10/2018 13:27 Data/Hora Fim: 02/10/2018 13:33
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 809650 I Data: 01/10/2018
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 01/10/2018 09:45

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RUA JOAO PESSOA

Tipo do Local: Via Pública

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Barreto, 411 - Boa Vista - RR

Bairro: Nova Cidade

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Melo(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GENIALDO GOMES COSTA FILHO (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA SAO LUIZ DO ANAUA
Bairro: PEROLA

Nº: 131

Razão Social: POLICIA MILITAR RR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O ROP PM comunica um acidente de trânsito envolvendo o Sr. Genialdo Gomes Costa Filho que Pilotava uma Motocicleta PLACA NAV-0558 e UMA MOTOCICLETA HONDA/FAN DE COR PRETA PLACA NAM7616, cujo o condutor se evadiu do local após o acidente. Que devido ao acidente o Sr. Genialdo Sofreu lesão corporal e foi socorrido ao hospital pelo Samu. Era o relato.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039115/2018

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira Lima
Responsável pelo Atendimento
042000925

Polícia Militar RR
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT

21 FEV. 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Pereira, 434 - Boa Vista - RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE

DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT

"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 039115/2018/ DAT**

O Sr.º

NOME: **GENIALDO GOMES COSTA FILHO**

RG : **384796-9 SSP/RR**

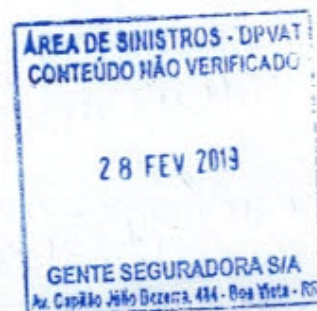
SEXO: **MASCULINO**

DATA DE NASCIMENTO: **13/12/1995**

TELEFONE: **99175-1006**

ENDEREÇO: **RUA - CAPITÃO CLÓVIS DA COSTA, 1415**

BAIRRO: **SÃO BENTO**



A comunicante compareceu nesta especializa, para acrescentar/corrigir no Boletim de Ocorrência supracitado os Dados do Veículo e nome do Proprietário.

- **CHASSI 9C6KG0210F0073354;**
- **PLACA NAV - 0558;**
- **MOTOCICLETA YAMAHA/LANDER XTZ 250;**
- **GENIALDO GOMES COSTA FILHO (PROPRIETÁRIO);**

Agente Carcerário de Polícia Civil
Givanildo da Silva Vieira
Matrícula: 042000855

Boa Vista - RR, 22 de Fevereiro de 2019.

GENIALDO GOMES COSTA FILHO
Comunicante



PMRR - CIPTUR		RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SÉRIE I					
		Nº 809650					
Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Trans.	H/ini	CH/h	H/Fin
Ciptur 02	Ciptur	01/10/18	leste	+++++	09:45	+++++	11:55
Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Kml.	KmF.			
1001-1003	13006-13999	-----	76525	76538			
LOCAL DA OCORRÊNCIA							
RUA.:	JOAO PESSOA/ CAMPO GRANDE	Nº	Bairro	NOVA CIDADE	Ref.:	CRUZAMENTO	
PESSOAS RELACIONADAS							
1 ENVOLVIDO	Nome:	GENIALDO GOMES COSTA FILHO			Idade:	23	E. Civil: SOLTEIRO
Endereço:	RUA - SÃO LUIS DO ANAUÁ			Nº131	Bairro:	PEROLA	
RG:	3847969 SSP/RR	CNH:	NÃO POSSUI			Profissão:	EMPRESARIO
CPF:	00302655336	Telefone:			991751006		
2	Nome:				Idade:		
Endereço:				Nº	Bairro:		
RG:				CNH:	--		
CPF:				Telefone:			
3	Nome:				Idade:	E. Civil:	
Endereço:				Nº	Bairro:		
RG:				CNH:			
CPF:				Telefone:			
28 FEV 2019							
VEICULOS ENVOLVIDOS.							
GENTE SEGURADORA S/A							
RECEBOS CONDUZINDOS E MATERIAIS ACIMA ANOTADOS: Não Houve							
ASSINATURA	LEONARDO FIGUEIRA			CARGO	APC	LOCAL	DAT
HISTÓRICO							
SENHOR DELEGADO (a)							
INFORMO QUE EM PATRULHAMENTO OSTENSIVO NO ENDEREÇO ACIMA CITADO, A GUARNIÇÃO SE DEPAROU UM ACIDENTE DE TRANSITO COM DANOS MATERIAIS E LESÃO CORPORAL.							
NO LOCAL O ITEM-1 RELATOU QUE SEGUIA EM SUA MOTOCICLETA YAMAHA/LANDER NA COR PRETA, PLACA NAV-0558 , NA RUA JOAO PESSOA SENTIDO BAIRRO-CENTRO, QUANDO TEVE A SUA PREFERENCIAL INVADIDA, MOMENTO QUE COLIDIU COM OUTRA MOTOCICLETA, UMA HONDA/FAN NA COR PRETA, PLACA NAM-7616 , INFORMO QUE O CONDUTOR DA HONDA/FAN SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO AO OUTRO ENVOLVIDO. FOI ACIONADO O SAMU, QUE PRESTOU OS ATENDIMENTO AO ITEM-1 E POSTERIORMENTE REMOVEL AO "PSE".FOI ACIONADO A PERICIA E ESTEVE PRESENTE A PERITA "ISONEIDE".							
O VEICULO DO ITEM-1 FICOU SOB A REponsABILIDADE DO Srº MARCONE DA SILVA BRANDÃO (CNH 05457004973) , O VEICULO HONDA/FAN, PLACA NAM-7616 , FOI REMOVIDO AO PATIO CRD/DETRAN POR NÃO APARECER NENHUM RESPONSÁVEL NO MOMENTO. ERA O QUE TINHA A RELATAR.							
LEANDRO NOGUEIRA BEZERRA		41.583-9		SD PM		CIPTUR	
		CADASTRO		GRADUAÇÃO		SUCp	

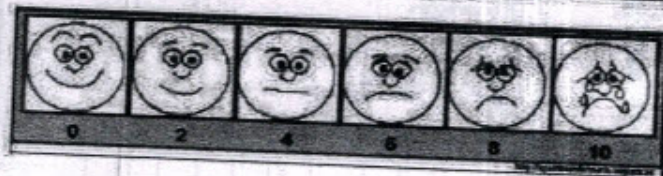
PREFEITURA BOA VISTA		FICHA DE ATENDIMENTO		Nº 1638		SAMU 192	
UNIDADE: Bravo I		EQUIPE: Daiane / Lariz					
Paciente: Genildo Gomes Costa Filho		Idade: 23		Sexo: M			
Nacionalidade: Brasileiro		Raça: Branca		Indígena-Etnia: 			
Endereço: João Russa / Campos Gerais / Nova Cidade		Bairro: 					
Nº 12403		DATA 21/04/18		HORA J/9: 10:06		BASE () VIA () () RÁDIO	
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: Dr. Alton				HORA J/10: 10:20		() CELULAR	
MOTIVO: (X) SOCORRO () TRANSPORTE () ATENDIDO NO LOCAL () OUTRO							
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () / 1 a 3 horas () / 4 a 24 horas () / Mais de 24 horas () / Não sabe ()							
MECANISMO DE TRAUMA							
AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL		VIOLÊNCIA		OUTROS	
☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão AUTO x ☐ Motorista ☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ Passageiro Banco traseiro PEDESTRE ☐ Atropelamento ☐ VIA ☐ CALÇADA		☐ Uso do cinto ☐ Vítila projetada ☐ Vítila encarcerada ☐ Air Bag Acionado MOTOCICLETA / BICICLETA ☒ Colisão MOTO X Moto ☐ Queda de moto ☐ Atropelamento ☐ Queda de Bicicleta ☐ Piloto ☐ Com capacete ☐ Sem capacete ☐ Garupa		☐ FAF ☐ FAF ☐ Espancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:		☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstico ☐ Queimadura Agente ☐ Afogamento ☐ Agressão p/ animal ☒ Outros: Traumatismo	
AVALIAÇÃO INICIAL							
VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA	
☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Edema de Glote ☐ Outro:		☐ Apnéia ☐ Dispnéia ☐ Bradpnéia ☐ Taquipnéia ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Respiração paradoxal		☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente ☐ Cianose central ☐ Cianose de extremidade		☒ AVDN ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ D ☐ E ☐ Aparentemente Alcoolizado ☐ DNV	
SINAIS VITAIS E SÓCROS							
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"
Início	120/80	117	19	99			
Fim	120/80	110	19	99			
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA							
Pele		Cabeça		Face		Tórax	
☒ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica		☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. penetrante		☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular ☐ Luxação ☐ Mandíbula		☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisema sub-cutâneo ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax Instável ☐ Tamponamento ☐ Ferida Aspirativa ☐ Empalamento	
Abdome		Pescoço		Tórax		Abdome	
☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tábua ☐ Doloroso ☐ Evisceração		☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisema sub-cutâneo		☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax Instável ☐ Tamponamento ☐ Ferida Aspirativa ☐ Empalamento		☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tábua ☐ Doloroso ☐ Evisceração	
QUEIMADURAS							
Pele		Coluna Dorsal		MMSS		MMII	
☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade		☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Escoriações		☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Luxações ☐ Lacerações ☐ Fratura ☐ Amputação		☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Luxações ☐ Lacerações ☐ Fratura ☐ Amputação	
HISTÓRIA PEGRESSA							
AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA		HISTÓRIA PEGRESSA	
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filuter		☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assístolia		☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto		☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Outra	
☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS		☐ Alergias ☐ Outros		☐ Medicação de uso			
GRAVIDADE COMPROVADA							
☐ ILESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ SEVERA ☐ LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA							
INCIDENTE							
☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local ☐ Recusa de hospitalização ☐ Trole ☐ Bombeiro no local:							
RCP							
☐ Iniciada as: ☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso ☐ Obs.:							
DESTINO							
☐ Atendido no local ☐ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Central Morte							
☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS ☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA ☐ HMINSN							
☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR ☐ Hosp. Lotte Iris - HLI ☐ Outros							



PERTINENTE DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
TERMO DE RECUSA	Assinatura do Paciente:	RG:
	TESTEMUNHA 01:	RG:
	TESTEMUNHA 02:	RG:
		RG:

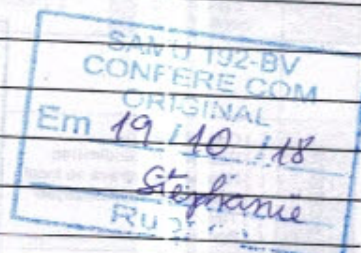
GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana:	Movimentos fetais:	
Perda de líquido:	BCF:	
[] Com cartão [] Sem cartão		

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Olhos abertos previamente à estimulação	Espontânea	4
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Às vezes	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	À Pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Verbal		Pontos
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	Palavras	3
Apenas gemidos	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora		Pontos
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	5
Elevação de mão acima do nível da clavícula ao estímulo da cabeça ou pescoço	Localizadora	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Ausência de movimento dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	Não testável	NT



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

vítima de colisão moto e moto, 1075, apresentando
lesões em abdômen D+E, RUII I(), C/S, S/OV
preservado, ao RR, ao GT.



Diame 509.347 cem

01/10/2018

... Guia de Atendimento 02 ...

120-5

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

Unterschied
00/06
Patruine
02/10/18.

[illegible]

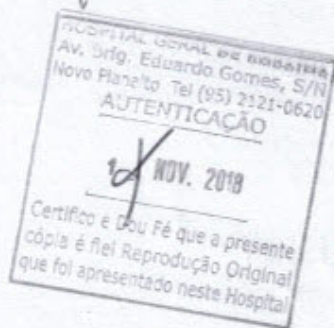
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Identificador: D11W6 2M8N1K SK5EVC S9CE11
https://projudi.tj-rs.br/projudi/validacao.docto em

Ortopedia Dr. Max

Ponto 8º de 22cm de altura, altura
de altura Quil (E) por fudo de nob
eff de + altura por
Radiograf: fratura bursocubica fudo
H.17, fratura bursocubica fudo
L.17 anagere + traca bursocubica
+ Interece

fo dentro largos
Procedimento: bacia bursocubica

Dr. Odinachi Okemuri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/RR



BLOCO-A

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE					
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				9 - SEXO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				15 - UF	
				16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE					
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - ACIDENTE DE TRABALHO					
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - N° DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CBOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - DOCUMENTO					
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista -

HOSPITAL GERAL DE NOVA BRASÍLIA
Av. Srg. Edson do Carmo, 5/N
Nova Brasília - DF (95) 2121-0520

AUTENTICAÇÃO

NOV. 2018

Certifico e dou fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

F-11

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	GEMALDO CONOR COSTA FILI				
DIAGNÓSTICO	FRATURA QUADRIL				
ALERGIAS	100% ALERGIA	HAS		DM2	
IDADE	27	LEITO	F-11	DATA	02/10/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				MANTER
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H (Mantido)				SUSPENSO
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				04 16
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				02 08 14 20
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
11	CURATIVO DIARIO				Puntivo
12	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
13	Linha Tracão				Rotina
14					
15					
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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				
CONCLUSÃO MÉDICA:					
Paciente em após cirurgia					
Dr. Jesus A. Lopes Aguiar CRM-RR 566					
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 28 FEV 2019 GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR					
Josiene S. Galvão Téc. Enfermagem COREN-RR 866.332					
SINAIS VITAIS					
6 H	110x70	66	36.5	+	
12 H					
18 H					
24 H	113x70	52	36°C	+	+

2019: JORNADA DE FÉRIAS DE INICIAL: Arq: Guia de atendimento do HGR

Genivaldo Gomes Costa

120-5.

11



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	GEMALDO GOMES COSTA				
DIAGNÓSTICO	FRACTURA ADAM				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	22	LEITO	F-11	DATA	02/10/20

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SAD
2	AVP	manhã
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H (inim)	8VSP
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H	06
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H - 08 14 20 20	02 08
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	} SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
11	CURATIVO DIÁRIO	
12	SSVV + CCGG 6/6 H	
13	WATER FREE	
14		
15		
16		
17		
18		
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),	
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:																							
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 28 FEV 2019 GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR		<i>parte enter</i> <i>circun- valio/ce</i> Dr. Jesus A. Lopes Aguiar CRM-RR 556		Idade: 14hs PA: 14 x 7.1 FC: 83 FR: 19 Te: 36.3°C Tereza B. A. Batista Téc. Enfermagem CORTEM - RR 71579																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>SINAIS VITAIS</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>140 x 105</td> <td>85</td> <td>36°C</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>103-66</td> <td>90</td> <td>36°C</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>100-60</td> <td>75</td> <td>36°C</td> </tr> </tbody> </table>		SINAIS VITAIS	PA	FC	T	6 H				12 H	140 x 105	85	36°C	18 H	103-66	90	36°C	24 H	100-60	75	36°C	NIR Regulado para leito BLA/120-5 11:30	
SINAIS VITAIS	PA	FC	T																				
6 H																							
12 H	140 x 105	85	36°C																				
18 H	103-66	90	36°C																				
24 H	100-60	75	36°C																				

Arq 14.43 Recebido no bloco,
18h Administrativo. meio caço de
noite e Unificado SSO (S)

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		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				6 - N° DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO			
9 - SEXO				10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL			
11 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				12 - TELEFONE DE CONTATO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO			
15 - UF				16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
Só há evidência recente de e limitação funcional e queda de coluna traseira esquerda							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
Cinmou							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
12 bacuc							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO							
FRACTURA TROCANTER QUADRIL ESQ							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
OSTEOSINTESIS QUADRIL ESQ + RM				511519152612111			
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO			
Cinmou		TELEFONIA		() CNS () CPF			
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
511519152612111				Tom A Capa Am			
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
04/10/18				Carlos Henrique da Rosa CRM-RR 469			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO FILHETE		38 - SÉRIE			
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO							
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
46 - DOCUMENTO		47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
() CNS () CPF							
49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 04/10/18

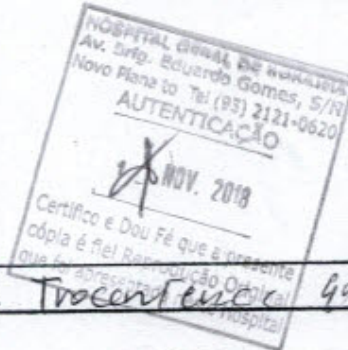
O.S. _____

GENIALDO CORREY
CORTE FILHO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Cândido João Pereira 444 - Boa Vista - RR



DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Trocântica quadril em + Troc

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: Ortoscintec quadril + Nm

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: o nem

CIRURGIÃO: Dr Tesor

1º AUXILIAR: Dr C. Enríquez

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: RAQUI

ANESTESISTAS: Dr FABIAN

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____

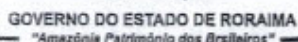
DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente crônica, no 2º estágio
- Alérgica, anti-hipertensivo
- Capta estresse 24h
- Inceção litom, decais. etc
- Trocântica, vedem d. h. h. h.
- o colocou d. h. h. h.
- h. h. h. e placa D. H. H. H. h. h.
- e porção decais. h. h. h. + 03
- porção decais. h. h. h.
- h. h. h.

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 556

Carlos Henrique da Rocha
Médico
CRM-RR 489



GENIALDO GOMES CASTO FILHO

Dr. Alberto P. A. Herrero
Anestesiólogo





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		Idade: 23		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Genialdo Gomes Costa Filho		120-5				04 / 10 / 2019	
CIRURGIA							
TIPO				TEMPO DE DURAÇÃO			
Osteotomia de maxila + retirada de tecido				INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
				8:45	30:00		
EQUIPE MÉDICA							
CIRURGIÃO				ANESTESISTA:		Dr. Fabiano	
1º AUXILIAR				RES. ANESTESIA:			
2º AUXILIAR				INSTRUMENTADOR			
Dr. Jesus				YANK			
Dr. C. Enrique				CIRCULANTE			
Rafael				Jéssica			
TIPO DE ANESTESIA: Raqui anestesia				TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR		
	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		17	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	250 ml		
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO			
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO			
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº 0			
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0,0			
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº			
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº			
1	LÂMINA BISTURINº JJ			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			
1	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO			
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº			
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM			
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA			
1	Glucose 0.2			OUTROS: Tópicos 500 ml			
1	Eletródos			Alcool 300 ml			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR	
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS			
YANK		Silene		SUB- TOTAL			
FUNÇÃO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA			
		Rafael		TAXA DE ANESTESIA			
		Jéssica		SOMA			
				ENVIAR ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

ENVIAR ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE
CORTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 FEV 2019

GENTE SEGURODORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 414 - Dona Vista - RS



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Artroscopia de Quadril

Data: 04/10/2018

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Genivaldo Gomes Costa Filho Idade 23

Bloco: A Enfermaria 120 Leito: 5

Caixa: SDB e SDC Nº _____

Circulante: Leto e Rafaela Sala 04

Conferência Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

Placa de DHS 3 furos
Para furo desl. gante m: 89

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Dantas, 444 - Boa Vista - RR



NOME:

Apurilde Opone Costa Jofine

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJLW6 3M8NK SKEVG S9CEU



DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		TRANSOPERATÓRIO				SRPA	
Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	
8:00	8:45	8:30	10:00		Ampliação de Riquemonte D. Dorval		
Cirurgia Realizada		Anestesia	Posicionamento				
Hidratação		Antibiótico	Hemoderivados				
Infundida		Terapia					
SF a 0,9%:		Nome: <u>Apurilde Opone Costa Jofine</u>	Plasma:				
SG a 10%:		Dose:	Plaquetas:				
Outros:							
Nº de compressas oferecidas:			Análise Patológica:				
Nº de compressas recolhidas:							
Sinais Vitais:			Nº peças:				
T: <u>36,6</u> °C		P: <u>94</u> bpm	() Sim				
FC: <u>100</u> bpm		R: <u>94</u> rpm	() Cultura				
SAT: <u>100</u> %		() Irregular	() Outros:				
PA: <u>136/63</u> mmHg		PA: <u>98/55</u> mmHg					
2. Estado Emocional/ Mental		Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma <u>Relato X</u>					
() Choro		() Outros:					
() Agitado							
() Outros: <u>Nervoso</u>							
3. Sinais Vitais:		Legenda					
T: <u>36,6</u> °C		1. Eletrodos					
FC: <u>100</u> bpm		2. Oxímetro					
SAT: <u>100</u> %		3. PVC					
() Regular		4. Placa de Bisturi					
() Irregular		5. Injeção					
		6. Cartão					
		7. Wendt					
		8. Dreno					
		9. SNG					
		10. Faixa de Smarch					
		11. Outros:					
4. Condições da Pele:							
() FAV							
() FAF							
() Dor							
() Fite							
() Fedema							
() Deformidade							
() Avulsão							
() Amputação							
() Exat. Exposta							
		5. Outros					
		1. Sonda					
		2. Curativo					
		3. Dreno					
		4. Acesso Venoso					
		5. Outros					
		ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 28.FEV.2019 GENTE SEGURADORA S/A Av. Comodoro, 1111 - 11.º andar - Fátima					
		Entradas					
		EV					
		HV					
		CH					
		SNG					
		Dreno					
		Diurese					
		SNG					
		Outros					
		Saídas					
		EV					
		HV					
		CH					
		SNG					
		Dreno					
		Diurese					
		SNG					
		Outros					
		Sinais Vitais					
		T					
		P					
		PA					
		SP02					
		1h					
		15'					
		30'					
		45'					
		1h					
		1h30					
		2h					
		3h					
		4h					
		5h					
		Entrada:					
		Ass: <u>Jofine</u>					
		Saída:					

Destino: SRPA () UTI () Outros: Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COOPENURE - AM/ 2005 e adaptado pelos Enfermeiros HGR-PAAR-PSFE-RR/2015

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Camal do Bonayfata Jallo
Idade: 30 anos
Sexo: M
Profissão: Agente de Saúde

PACIENTE CONFIRMOU:

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

RISCO CIR. (CIC)

- ☐ Aplica ☐ Não se Aplica

RISCO DE M. R. CADO

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUI

☐ 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 disponível

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- ☐ Não

☒ Sim, e uso endovenoso adequado e planejamento

para fluidos

Dr. Alberto P. M. Pereira
Assinatura

Assinatura

Data: 09/10/16

Hora: 08:00

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: Dr. Fabiano

PAUSA CIRÚRGICA

(Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☐ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☐ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:
REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

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

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILOXIA ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- ☐ Não se aplica

☐ Sim,

Qual: _____

Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

SAÍDA

(Sala Pós Operatória)

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

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

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

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO

- ☐ Sim ☒ Não

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

Brúno Brandão Costa
Enfermeiro
CPF: 324.020

Assinatura e Carimbo

Geniêdo 120-5

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		 	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	<i>GENIÊDO GONÇALVES FILHO</i>		
DIAGNÓSTICO	<i>FRATURA QUADRIL</i>		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	<i>24</i>	LEITO	<i>120-5</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO		DATA
1	DIETA ORAL LIVRE		<i>06/10/19</i>
2	AVP		<i>SND</i>
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H		<i>mark</i>
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H		<i>10/16/2019</i>
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H		<i>10/22/19</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		<i>10/22/19</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		<i>S/N</i>
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		<i>S/N</i>
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N		<i>S/N</i>
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		<i>S/N</i>
11	CURATIVO DIÁRIO		<i>Região de</i>
12	SSVV + CCGG 6/6 H		<i>m</i>
13			<i>Refira</i>
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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		

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 FEV 2019

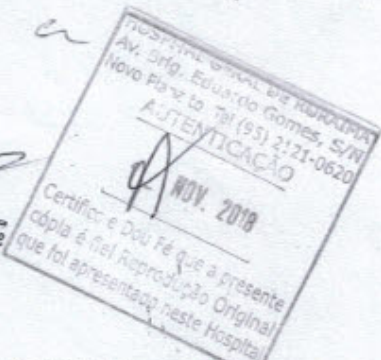
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Dantas, 444 - Boa Vista - RR

EVOLUÇÃO MÉDICA:

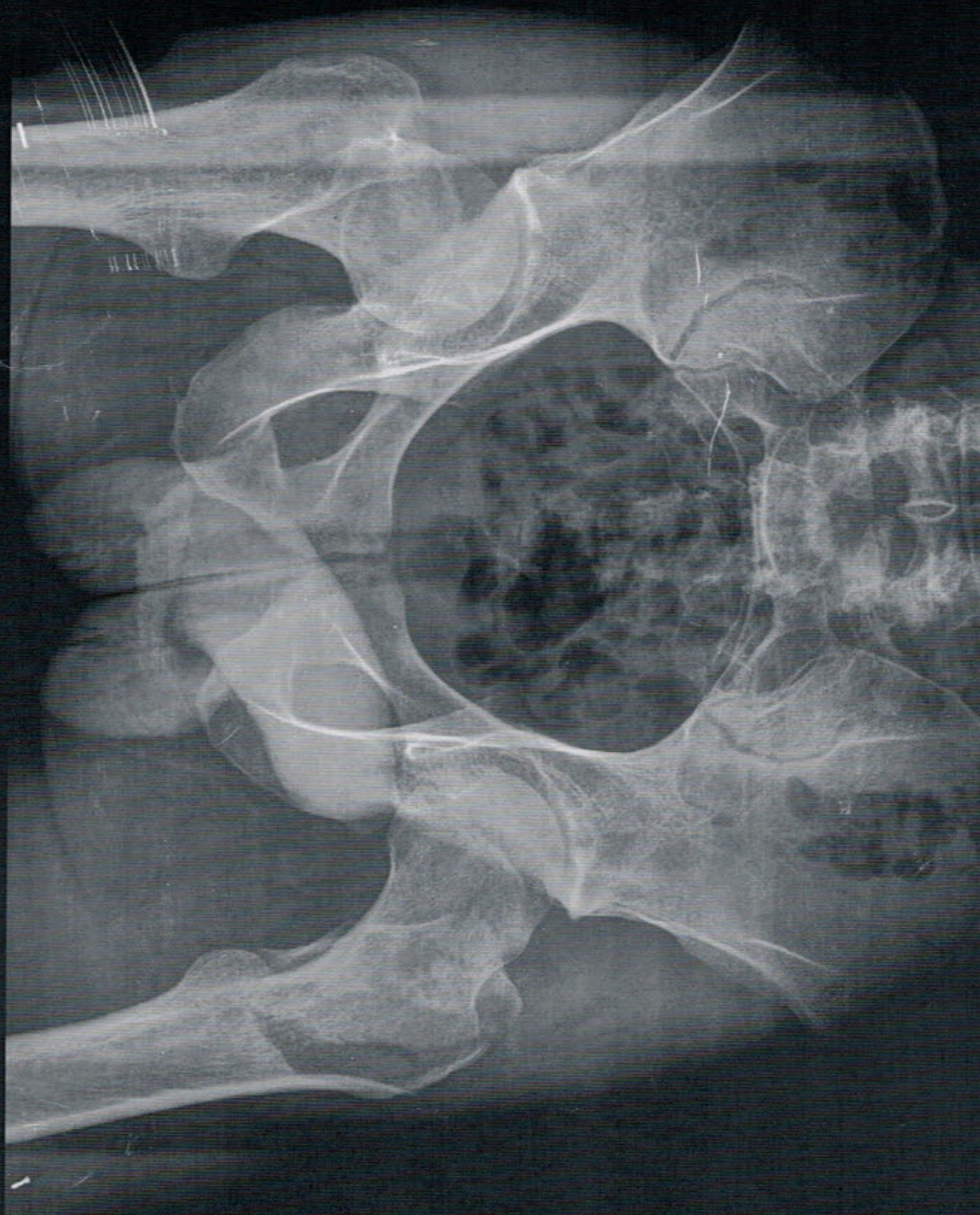
osiolio
Alte
indice
epa - cunor

*Paciente saiu de casa
boa condicoe*


Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 556


HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Srg. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - RR (93) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
NOV. 2018
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

SINAIS VITAIS				
6 H	<i>121/79</i>	<i>86</i>		<i>36.9</i>
12 H	<i>115x76</i>	<i>82</i>	<i>16</i>	<i>35.9</i>
18 H	<i>110x70</i>	<i>93</i>		<i>35.4</i>
24 H	<i>120/80</i>	<i>80</i>		<i>36.7</i>



GENIALDO GOMES COSTA
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

JACKSON / ED DORLENE

11/10/2018 14:22:18
53,2 %





R
GENIALDO GOMES COSTA

1/10/2018 11:22:18



120-5

14-11



49,7 %

GENIALDO GOMES COSTA ,

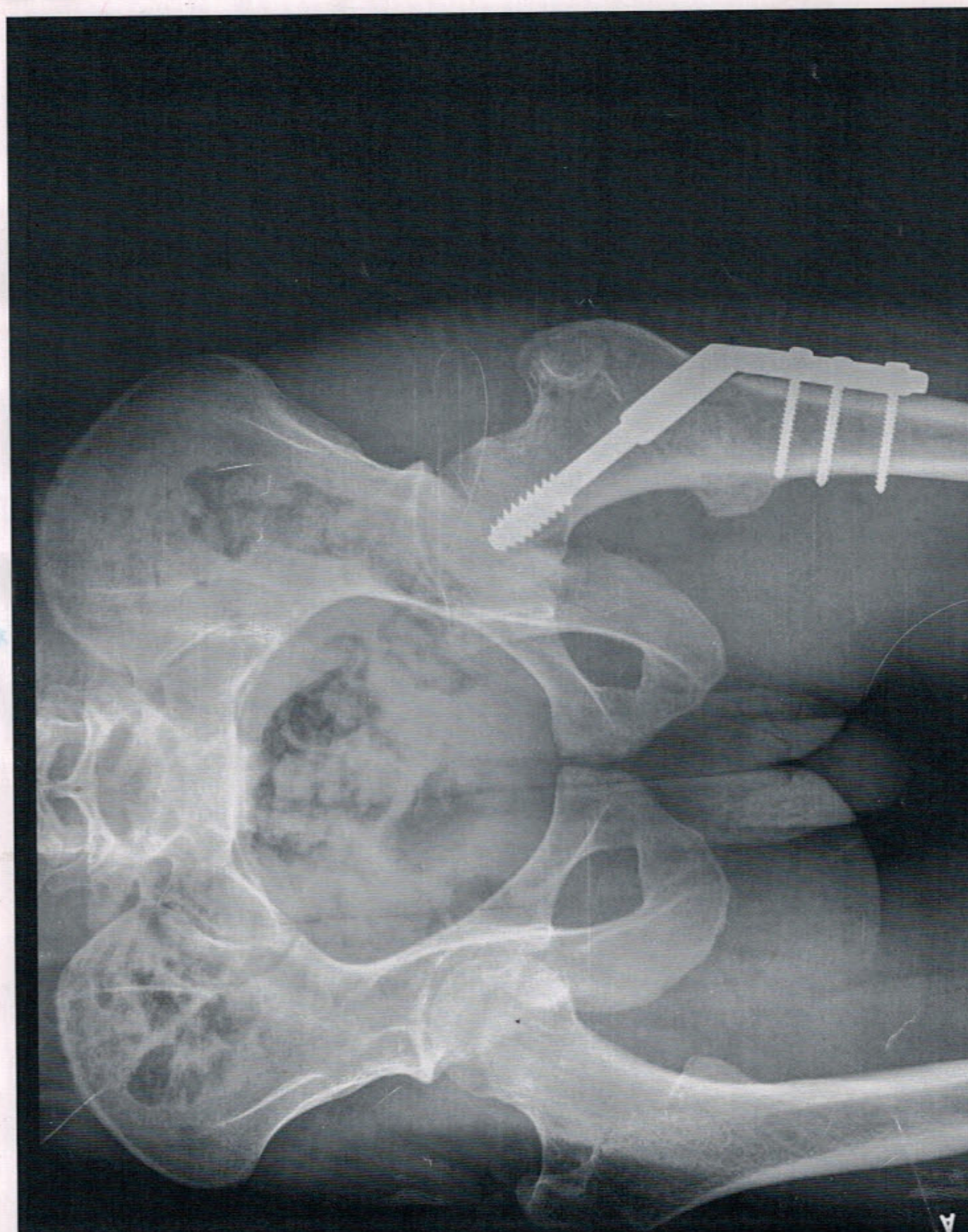
2/10/2018 16:54:18

37,8 %

BLOCO F LEITO 11

2/10/2018 16:54:18



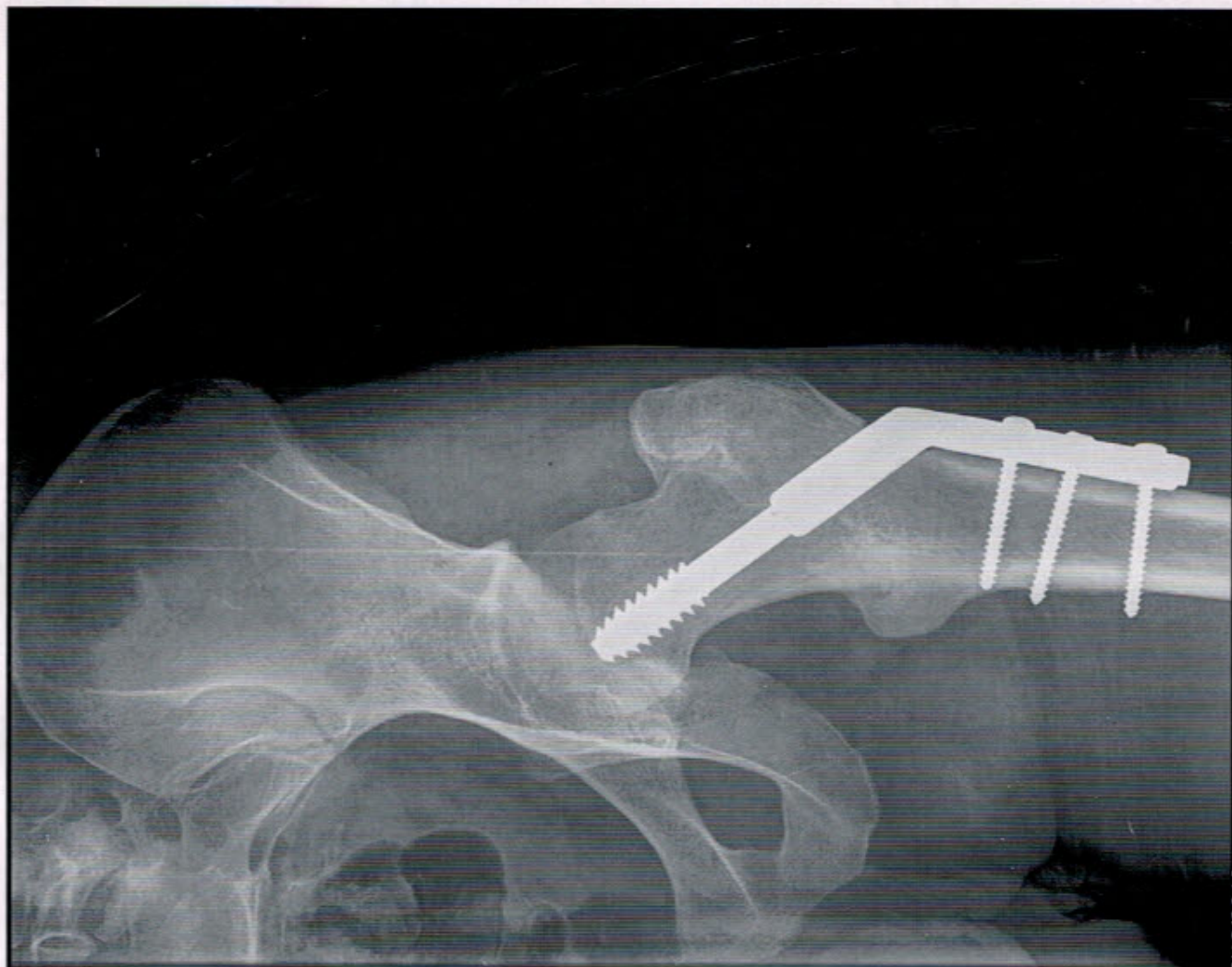


5/10/2018 13:56:35

1120-5

NIALDO GOMES ,





51,9 %

07/12/2018



51,8 %

14305

GENIALDO GOMES

HOSPITAL CORONEL MOTA

Claudia de





NIALDO GOMES

13319

SINISTRO 3190179588 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GENIALDO GOMES COSTA FILHO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO GENIALDO GOMES COSTA FILHO

CPF/CNPJ: 03979359271

Posição em 06-05-2019 10:35:08

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
22/03/2019	Exigência Documental	
09/03/2019	Exigência Documental	
09/03/2019	Aviso de Sinistro	

