



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 direitos 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 SUPOSTOS 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 VALOR 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. RECURSO PROVIDO. (TJSC Agravo de instrumento: AI 743444 SC 2009.074344-4; Relator (a): Nelson Schaefer Martins; julgamento: 20/04/2010; Órgão Julgador: Segunda Câmara de Direito Civil; publicação Agravo de Instrumento n. 2009.074344-4)

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

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



Paulo Sérgio de Souza
Advocacia & Consultoria

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

Dra. Paula Raffaela Palha de Souza
OAB/RR 3408

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE José Garcia Alves de Sousa, brasileiro(a),
estado civil: solteiro, Profissão: Aufetuano,
portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 356322-1, SSP/TO
e inscrito(a) no CPF/MF nº 944.205.804-00, residente e domiciliado
(a) na Ru Jardim 683 B-18 A Paca Apt. nº 403,
Bairro: Cidade Satélite, 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 RAFFAELA PALHA DE SOUZA, brasileira, solteira,
advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº. 340B e Dr. JOHON EMERSON DE
SOUZA CAMILO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.
1.376, a quem confere amplos poderes:

PODERES ESPECIAIS: para representá-lo no processo em 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.

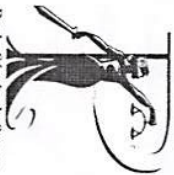
_____/RR_____, de _____ de 20____.

José Garcia Alves de Sousa

Outorgante

CPF/MF nº





Paulo Sérgio de Souza
Advocacia & Consultoria

Dr. Paulo Sérgio de Souza
OJAB/RR.317B
Dr. Jofon Emerson de Souza Camilo
OJAB/RR.1376

Dra. Paula Rafaela Paula de Souza
OJAB/RR.340B

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU: José Garcia Alves de Sousa
estado civil solteiro, RG nº 356322-1, e CPF
nº 944.205.805-00, residente e domiciliado (a) na
Av. Fátima 683 B-18 cod. ARACU N° 403 Bairro:
coelho Telite, Cidade Bom Vista RR
- Roraima, telefone (95) 991222322.

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 _____.

José Garcia Alves de Sousa

DECLARANTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA 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
CERTD CAS 2604 FLS 48 LIV B-8
ARAGUATINS - TO

GPF

944.205.801-00 AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscópico de Polícia Civil
Diretor do POC

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1





Para contato
consulte o número
deste número



Roraima Energia S.A.

Av Capitão Ezequiel 691 - Centro - Boa Vista - RR

Nº da Nota Fiscal: 032.27308

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

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

Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

CONTÁBIL	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

KWH

KVAh

DATAS DA LEITURA

Atual: 12/07/2019

Anterior: 20387

Constante de Multiplicação: 1,0000

Consumo Medido: 403

Próxima Leitura: 12/08/2019

Emissão: 12/07/2019

Consumo Faturado:

403

FCAM

Emissão: 12/07/2019

NORMAL

31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

RESIDENCIAL

BI

14EDB032750

1.1.1.2

357

HISTÓRICO KWH

Mês ano consumo

CONSUMO ILUMINAÇÃO PÚBLICA

403 A R\$ 0,764602 =

308,13

JUN/19 217

MAR/19 436

FEV/19 337

JAN/19 331

DEZ/18 317

NOV/18 414

OUT/18 409

SET/18 387

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A 403 - 0,634530

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A 403 - 0,634530

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08002019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 11/07/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

79,16

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

0,00

Distribuição:

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

FLORESTA

05/2019

120,08

ROT: 32.001.24.20 550200

0135682-8

07/2019

314,55



MES FATURADO

07/2019

VENCIMENTO

Roraima Energia S.A.

Av Capitão Ezequiel 691 - Centro - Boa Vista - RR

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

Nº da Nota Fiscal: 032.27308

FCAM

83620000003 9 1450075000 8 00000000135 4 68280719008 2



SFO: 00265 LIC: 0135682-8 DT: 17/07/2019 T: ENTR - 02



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 013975850212

VIA 01 00538665955

EXERCÍCIO 2019

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

PLACA 944.205.801-00

CHASSI 9C2K00550DR356480

COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

ANO FAB 2013

ANO MOD 2013

CATEGORIA PARTICU

VENC. COTA UNICA *PAGO*

1ª *****

2ª *****

3ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$0.32

IOF (R\$) R\$0.32

PREMIO TOTAL (R\$) R\$0.64

DATA DE PAGAMENTO 30/07/2019

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO * BEN. TRIBUTARIO *

* PROJA SAIR AMOZ DE OBRIGATORIO *

SEM RESERVA DE DOMINIO * BEN. TRIBUTARIO *

* PROJA SAIR AMOZ DE OBRIGATORIO *

BOA VISTA-RR

LOCAL

DATA 15/08/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - 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

944.205.801-00

CPF / CNPJ

PLACA NAP8665

RENAVAM 00538665955

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB 2013

CHASSI 9C2K00550DR356480

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$36.05

DETRAN (R\$) R\$4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15

IOF (R\$) R\$0.32

DATA DE PAGAMENTO 30/07/2019

PARCELADO

COTA UNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04



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

FOLEIM DE OCORRÊNCIA Nº: 029517/2019

DIÁRIO DE 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 DA OCORRÊNCIA

Ateio: 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

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF: 000.000.000-00

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Boa Vista

O - Atividades

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)

Forma do Objeto Informado

FILATO 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 Nº P-8365 CHASSI 9C2KD 1550DR356480 que está em nome do comunicante e seguiu pela Rua Dom João Nepote QUANDO foi Colidido na traseira da sua Motocicleta por um veículo. Que devido ao acidente o comunicante sofreu lesão criminalmente. Registro somente para fins do Se

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira
Agente de Polícia
Mat. 042000612

Ernandes Ferreira Lima
Agente de Polícia
Matrícula 42000612

Responsável pelo Atendimento

Declara para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas comunicações, na área mencionada e que não possui qualquer outro veículo presente declaração que não engem, conforme previsto nos Art. 139 e 140 do Código de Processo Penal Brasileiro.

José Garcia Alves de Sousa
(Comunicante)



Delegado de Polícia Civil: Alexander Lopes da Silva
Impresso por: Ernandes Ferreira
Data de Impressão: 09/09/2019 13:46
Protocolo nº: Não disponível

PPa - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Página 1 de 1



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.

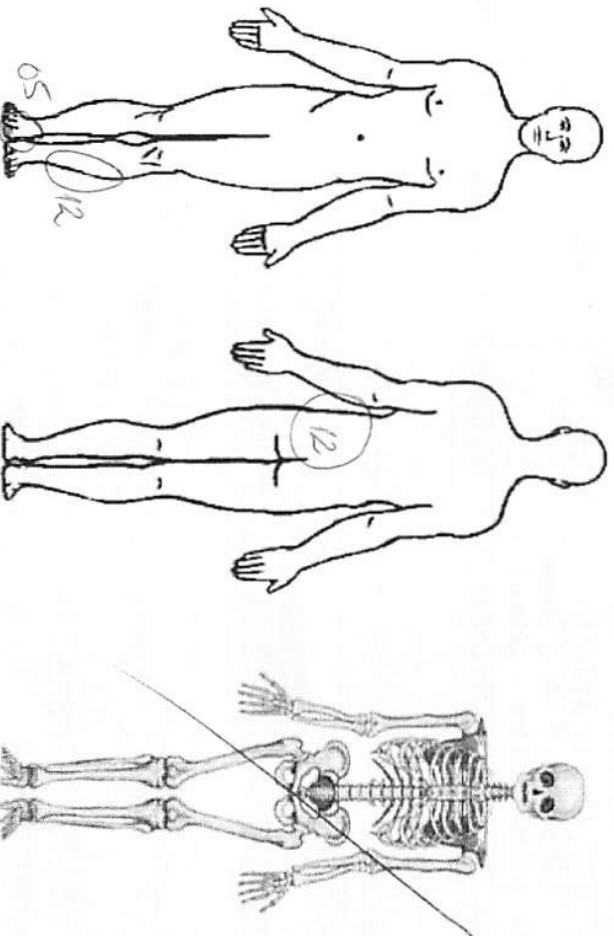
Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total			
25/11/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50



8. CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA

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

9. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS:



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

10. HISTÓRIO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Paciente motociclista, encontrava-se de sobe, quando, já sem o capacete o mesmo informou ter perdido os cuidados de populares e esposa. Decidiu-se somente de dois na região do tornozelo direito, onde depois de uma avaliação não podemos detectar possível fratura, somente ferimento em tecido mole. Guiso o condizimos até o PS para melhor avaliação. O mesmo informou ter ingerido bebida alcoólica pela manhã. A sua esposa veio como acompanhante na VTR.

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

☒ 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 Torres	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

03/08/2019

... Guia de Atendimento 1

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - IPVAE / PSI E
Av Brigadeiro Eduardo Gomes, 3360

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 12:56:19

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 10

Paciente

JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUSA

Data Nascimento

19/01/1967

Idade

52 A 6 M 15 D

CNS

702009348349385

CPF

94420580100

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor Data Emissão Sexo

SSPRR 09/06/2015 M

Estado Civil

UNIÃO

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

BOA VISTA - RR

BRASILEIRA

Nome

ALBERTINA ALVES DE SOUSA

SEBASTIAO GOMES SOUSA

Contato
(95) 99152-5957

Endereço

AVENIDA - JARDIM - 403 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR

Ocupação
AUTÔNOMO

Class. de Risco

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis. Prontuário

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Sector

GRANDE TRAUMA

Urgência

Procedimento Sol

Registrado por

WALDEMAR STOCIA

Queixa Principal

Síndrome Febil

Sintomático Respiratório

Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO 1234 RV 12345 MRV 123456

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

COMO CAMO MOTO Paciente noticiada
com trauma em membros D e

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADI - Exames Complementares

() RAO - X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Exame físico e S.O. - 19.08.20
Traumatismo de 2º e 3º grau
de membros D e S.O. - 19.08.20
Cirurgia de 2º e 3º grau
de membros D e S.O. - 19.08.20

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel: (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
29 ABR 2019
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentada neste Fls. 12

Conduta

() Alta por Desfecho Favorável
() Alta a Pedido
() Alta a Revelia
() Transfêrencia para

() Ambulatório
() Observação (Até 24h)
() Internação
Data e Hora da Saúde/Alta:

Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () IML Apoio à Psicologia

Assinatura do Paciente ou Responsável

Dr. Jorge Barros Freitas
Cirurgião de Traumatologia
Cirurgião de Traumatologia

Impresso por: waldeMAR STOCIA
Data Hora: 03/08/2019 12:57:01



1901143776

Stoc

Dr. Maurus

Paciente c/c as Perdas
Provações e Trauma
em 12/12/19.
Lesão em parte lateral
da 1ª e 2ª vértebra
D1: As Lesões curadas

Dr. Maurus Brindler
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1917/RN





BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 31/01/19

O.S. _____

Jorge Garcia Filho
ou Souza

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura exposta de pé do 1º dedo

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

INDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Augusto

1º AUXILIAR: Paula

2º AUXILIAR: Augusto

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

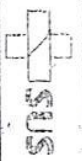
FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Presente em DDH sob exame físico.
 - 2) Anestesia e A.D.M. para.
 - 3) Colocação do campo estéril + incisão de 5x0,5.
 - 4) Sutura de tendão e reparação com fio de Seng, tipo de laço com controle radioativo.
 - 5) Sutura com vicril 3,0
 - 6) Curativos
 - 7) No RPA
- colocados no Dr. Augusto

Dr. Augusto
Med. Cirurgião
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 1964



Sistema Único de Saúde

PROJUDI

AJUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

atq: 09108119

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTEIRA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71020100934834231815

8 - DATA DE INSCRIÇÃO

11 - TELEFONE DE CONTATO

11 - DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

Av. Jaelim Alves de Souza
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

Boa Vista

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente com fratura exposta de fêmur
frat. D

18 - HISTÓRICO DA INTERNAÇÃO

Ad Helmo

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

Rx + tomografia

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

fratura exposta de fêmur D

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

26 - CARATA DA INTERNAÇÃO

27 - CNS

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CP)

30 - N° DO DOCUMENTO

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

33 - N° DO REGISTRO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - CNS

32 - DOCUMENTO

33 - N° DOCUMENTO (CNS/CP)

34 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

36 - N° DO REGISTRO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BÔNUS

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNME DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADOR

44 - INDIQUE

45 - DESEMPREGADO

46 - APOSENTADO

47 - NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO (CNS/CP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CNS

48 - CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 40 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

9/8/19

0408030543

5823

18299



1000 DE ROMAINE
1000 DE ROMAINE

100 DE ROYALTY
FINANCIAL 2005 55

100

FAVENDA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Dryopachia

Procedimiento Realizado

Procedimento Realizado:
Fixação externa de P/so

Nome do Paciente: Jose Garcia Alves de Sousa

Nº do Fronteirão

Date: 02-20-19

Inferenza:

Leito:

Nº 068

Circulante de Saia:

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS DE ILUMINACAO E FUMIGAMENTO/

Hospital Geral de Roraima (X)

Empress ()

Dados Adicionais:

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID.	QUANT.	MARCA
1	<p> Lois: 010455 Código: P08 8 208 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA SARTORI - LINEFIX TIDIA/ATMCR T 300 - ESTERIL Fab.:10/01/2019 Val.:01/2024 Registro Anvisa Nº 80083650031 Material ACO INOX/ALUMINIO </p>	01	01	
2	<p> Lote: 010715 Código: AF35 8 680 - PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X C X 4,5 X 200 X T </p> <p> Fab.:03/01/2019 Val.:01/2024 Registro Anvisa Nº 80083650036 Material ACO INOX F138 </p> <p> Lote: Guldherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br </p>	02	02	

MÉDICO CIRURGIÃO: Rogério Dias

19 AUXILIARY:

Res. Feb 10

INSTRUMENTADOR:

Dr. Aug.

Augusto Peralta
Medico Peralta
Onopad

CRN 2/1/10

Wm. A. R. 1862

24

—



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: PJ8ZP LKFBK 5A3QC 67DUY

52 Di

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Jose Garcia Alves de Souza		190114376	03 108 1 19

CIRURGIA

TIPO

TEMPO DE DURACÃO

Fixação Externa de Pólo "D"

INICIO
14:50

IM
15:48

TEMPO TOTAL

DATA
03 108 119

Dr. Rogerio Dias

EQUIPE MÉDICA

ANESTESISTA:

RES. ANESTESIA:

Res. Pab/0

INSTRUMENTADOR

Mrs. Pedro / Mrs. August

CIRCULANT

PLANTE

Sources e História

TIPO DE ANESTESIA:

TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500ml
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
10	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
4	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
3	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON N° 2.0	
3	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
	LÂMINA BISTURI N°			FIO CATGUT SIMPLIS N°	
	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSE c/ esteril 12	
3	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA N° Equip. microscópio	
5	SERINGA 10ML		1	GEFOAM Agulha 1/1 roque	
3	SERINGA 20ML		5	FITA CARDIACA Efeletrados	
			<input checked="" type="checkbox"/>	OUTROS: Hidruido de cimento	

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

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

VALOR

INSTRUMENTADOR(A)

ENFERMEIRA CHEFE

MATERIAL MEDICAMENTOS

Gabriel

SUB-TOTAL

FUNCIÓNARIO/CÁLCULOS

CIRCULANTE DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Pátrio dos Brasileiros"


FICHA DE ANESTESIA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº	
- Injeção 2 mg		RUB-14	
- Rendil 50 mg		03/02/19	
N 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120 130 140 150 160 170 180 190 200			
A G E N T E S			
Liquoros Venozos		Lil/le/ml	
DA		500 500 500 500	
X		Fe 500 500 500 500	
USO		100 100 100 100	
ANES		34 160	
X		32 160	
OP		30 140	
O		120 120	
TEMP		100 100	
ASPIR		80 80	
A		60 60	
RESP		40 40	
O		20 20	
Expor			
Assist			
Cente			
SÍMBOLOS		A X O	
AGENTES		DOSES	
A Injeção 0,5 10 g		TÉCNICA	
B		ANESTESIA 13-14	
C		VIN. INJEÇÃO 13-14	
D		VIN. INJEÇÃO 13-14	
E		VIN. INJEÇÃO 13-14	
F		VIN. INJEÇÃO 13-14	
G		VIN. INJEÇÃO 13-14	
GLICOSE		VIN. INJEÇÃO 13-14	
NICO		VIN. INJEÇÃO 13-14	
SANGUE		VIN. INJEÇÃO 13-14	
TOTAL		VIN. INJEÇÃO 13-14	
OPERACAO		VIN. INJEÇÃO 13-14	
ANESTESIA		VIN. INJEÇÃO 13-14	
PAINESIA		VIN. INJEÇÃO 13-14	
CICCO		VIN. INJEÇÃO 13-14	
CINQUAO		VIN. INJEÇÃO 13-14	
PERDA SANGUINEA		VIN. INJEÇÃO 13-14	

Dr. Almir
Anestesiado



401-1

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA			
		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
CONSELHO DE RORAIMA Núcleo Geral de Serviços					
PACIENTE		JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA			
DIAGNÓSTICO		FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D			
ALERGIAS					
IDADE		52	HAS	DM2	
			LEITO	401-1	DATA
ITEM				08/08/2019	
1		DIETA LIVRE		HORARIO	
2		AVP		SND	
3		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		maior	
4		TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N		SN	
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N		SN 09/08/20	
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N		SN	
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		SN	
8		TRAMAL 100MG + SFO.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		SN	
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N		SN	
10		CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6		12/18/2019	
11		CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12		08/08/2019	
12		SSV + 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 DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES #EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. #PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUITA: MANTIDA					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	120/70	70	20	36	
12-18 H	130/76	84	39	35/92	
24 H	120/94	82	20	35/6	
Dr. Fernando Rezende Médico Responsável (CRM/ROR 11428/2019) Carimbo: 2019					

de 100/100 7.7 21 362

401-1

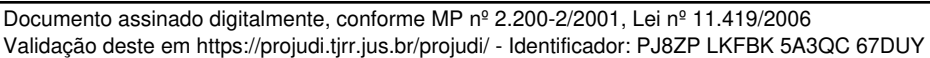


SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F				
Banco:		Data: 08/08/19	Enfermeira: 404	
Nome Completo: Roxa, Anderson Augusto de Souza		Sexo: M	Idade: 47	
Hipótese Diagnóstica: Infecção urinária		Sinais de infecção: SNG		
Isolamento ou precaução: Não		Padrão de isolamento: Nenhum		
Alergia: () Sim () Não		Qual(is):		
Necessidade de interpretação: () Sim () Não		Qual idioma:		
Possui acompanhante: () Sim () Não		Obs:		
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Freixo / Comprometida / cambaleante		e/ou		
SISTEMA NEUROLÓGICO		SISTEMA CARDIOVASCULAR		
() Consciente () Orientado	() Desorientado	() Normotênico () Bradicárdico	() Taquicárdico	
() Sedado () Torpido	() Comatoso	() Hipotensão () Hipotensão	() Hipertensão	
() Agitado () Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio () Filiforme	() Arritmico	
PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
() Fororagente () Mioticas	() Midrícticas	() VO () SNG/SOG	() SNE/SOE	
() Isocóricas () Anisocóricas	() Não reagentes	() Aceitação da dieta: () Sim	() GTT () NPT	
REGULAÇÃO TÉRMICA		Evacuações: () Presente		() Ausente
() Febre () Hipotérmico	() Hipertérmico	() Normal () Diarreia	() Constipação	() Melema
() Hipóxia	() Pirexia	Fatores: () Presente		() Ausente
CARACTERÍSTICAS DA PELE		REGULAÇÃO ABDOMINAL		
() Hidratada () Desidratada	() Ressecada	() Normotenso () Distendido	() Globoso	
() Normocorada () Hipocorada	() Hiperocorada	() Ascítico () Maciço	() Timpânico	
() Anictérica () Ictérica	() Clândica	() Ruidos hidroaéreos: () Presente	() Ausente	
() Melanótica () Edema Local: Não	() Cicatrizada	() Visceromegalias: () Sim	() Não	
Dilatação por pressão: () Sim () Não		SISTEMA URINÁRIO / DIURSE		
Região: Não		() Espontânea () SVO	() Anúria	
Cativado realizado: () Sim () Não		() Polúria () Oligúria	() Disúria	
SISTEMA RESPIRATÓRIO		() Gistonomia () Irrigação contínua	() Colúria	
() Dispneico () Bradipneico	() Taquipneico	() Ar ambiente	() Traqueostomia	
() Oligoterapia () Sim () Não	Qual: Não			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES				
Cateter Periférico: () Sim () Não		Local: MSD		
Cateter Central: () Sim () Não		Data: 08/08/19		
Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não		Curativo realizado em: Trocar em: Não		
Sondas: () SNG () SNG		Aspecto da secreção: () SNG () SOE () GTT		
Dreno de: () SNG		Data da instalação: Trocar em: Quantidade: Trocar em: Não		
Cateter Vesical: () Sim () Não		Trocar em: Local: Trocar em: Não		
Prótese: () Sim () Não		Tipo: Local: Trocar em: Não		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM				
() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz	() Risco de Lesão por Pressão	() Risco de Quedas	
() Risco de Infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Broncoaspiração	() Eliminação urinária prejudicada	
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de constipação	() Comunicação deficiente	
() Risco de glicemia instável	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Risco de constipação	() Comunicação deficiente	
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Risco de constipação	() Comunicação deficiente	
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	() Risco de constipação	() Comunicação deficiente	
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene	() Risco de constipação	() Comunicação deficiente	
Escala de Morse				
1. Histórico de Queda				
Não	Sim	Não	Sim	
Sim	Não	Sim	Não	
2. Diagnóstico Secundário				
Não	Sim	Não	Sim	
Sim	Não	Sim	Não	
3. Auxílio na Deambulação				
Nenhuma/Acamado/Auxiliado	Sim	Não	Sim	
Muleta/Bengala/Andador	Sim	Não	Sim	
Mobiliário Parede	Sim	Não	Sim	
TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45				
Prescrição para prevenção de queda no verso				

Perito
Medico

Lucinete de Almeida Campos
ENFERMEIRA
COREN-PR 254.349

T - 50h
~~MASSACHUSETTS~~




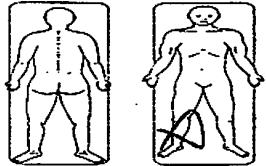
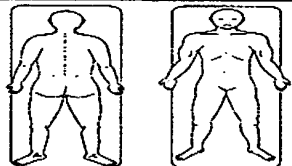
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DA INCISÃO	ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES
<p>Nome: <u>João Gomes Alves da Silva</u> Responsável: <u>Rafael</u></p> <p>CONFIRMAÇÃO (Sala de Anestesia)</p> <p>PACIENTE CONFIRMOU:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Identidade <input checked="" type="checkbox"/> Sítio Cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento Consentimento <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>PROFILAXIA ANTIMICROBIANA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica</p> <p>PROFILAXIA DE RISCO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se Aplica</p> <p>VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA</p> <p>CONCLUSÃO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> O MONITOR DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO</p> <p>O PACIENTE POSSUI:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Identidade conhecida <input type="checkbox"/> Sim, Qual: _____</p> <p>HA ÁREA DE RISCO DE ASPIRAÇÃO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e equipamento/assistência disponível</p> <p>RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos</p> <p>Assinatura: <u>Dr. Alberto P. M. Henriques</u> <u>2056</u> CRA: <u>1044</u></p> <p>Assinatura: _____ Hora: _____</p>	<p>Anestesista: <u>Fabian</u></p> <p>CIRÚRGICA (Sala Operatória)</p> <p>CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Identificação do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento</p> <p>EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: Há alguma preocupação específica em relação ao paciente</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.</p> <p>A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Sim, Qual: _____ Hora: _____</p> <p>AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p>	<p>SALA (Sala Pós Operatória)</p> <p>OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:</p> <p>1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se Aplicam</p> <p>3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica</p> <p>SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTES PACIENTE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se Aplica</p> <p>Assinatura e Carimbo: <u>Sabrina Sousa - 27341-11</u></p>



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</u>			
	HGR	Leito: <u>404-J</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 () Serossanguineo () Seco () Outro: _____		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguineo () 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-RR 818.356		Berenice Sônia Carlos Tcn. de Enfermagem COREN-RR 327.172	
Observações:	_____ _____ _____		_____ _____ _____	





2401-1

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		DATA	04/08/2019
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 6/6H 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 + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		SV
9	SIME TICONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N		SV
10	CUN DAMICINA 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; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:			
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUTA: MANTIDA			
SINAIS VITAIS			
6H	PA	FC	FR
12H	130/72	81	17
18H	133/80	75	15.4
24H	130/60	81	20
39.4			
Dr. José Carlos Aguiar			

Paciente el queixo alvea modificado em, aferido
BSU + cateter de sução e xelms cat.
C/ 7 dias




	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	52	LEITO	401-1	DATA	09/08/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA LIVRE				
2	AVP				
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS 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	SSV + 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 CONDUITA: MANTIDA					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					

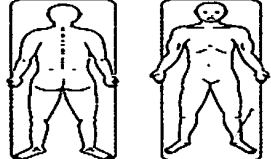
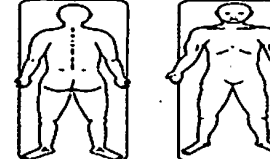
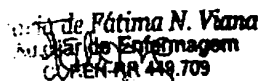
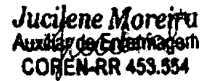
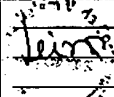
Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM RR 1995

Ret by 1 LOTE, AAA, Recolher after
OI ASM + neton na MCV
SI Novo. Haysa




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 Alves</u>			
	HGR	Leito: <u>401-1</u>	Data: <u>08/08/19</u>		

Localização		Região: <u>M. I. D.</u> Grau: I () II (X)		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma : <u>Tração</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: <u>F.O</u>		<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input 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:	 Pátima N. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 449.709		 Jucilene Moreira Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.354	
Observações:	 _____ _____ _____		_____ _____ _____	



101-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
			
CONSELHO DE RORAIMA Município: Roraima			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA			
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	52	LEITO	401-1
ITEM		DATA	04/08/2019
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	SSV + CCGG 6/6H		
13	CURATIVO DIÁRIO		
14	FOLICLOR 100 mg		
15	FOLICLOR 100 mg		
16	FOLICLOR 100 mg		
SE DIABÉTICO, CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DLML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:			
# ENCONTRO PACIENTE DETADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUITA: MANTIDA			
SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	100/61	73	20
18 H	100/60	88	19
24 H	134/91	72	58
Dr. José Carlos Aguiar CRM-RR 566			

00 104/65 93 36,22



Bloco D

405-1
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		HGR	
PACIENTE		JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO		FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2		04/08/2019	
IDADE		52		LEITO		401-1	
ITEM		DIETA ORAL LIVRE		AVP		DIETA ORAL LIVRE	
1		DIETA ORAL LIVRE		AVP		DIETA ORAL LIVRE	
2		DIETA ORAL LIVRE		AVP		DIETA ORAL LIVRE	
3		CAPTROPIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N	
4		TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N		TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		CINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6	
8		TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12	
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		CINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6		SSV + CCGG 6/6H	
10		CINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6		CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12		CURATIVO DIÁRIO	
11		CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12		SSV + CCGG 6/6H		CURATIVO DIÁRIO	
12		SSV + CCGG 6/6H		CURATIVO DIÁRIO		CURATIVO DIÁRIO	
13		CURATIVO DIÁRIO		CURATIVO DIÁRIO		CURATIVO DIÁRIO	
14		CURATIVO DIÁRIO		CURATIVO DIÁRIO		CURATIVO DIÁRIO	
15		CURATIVO DIÁRIO		CURATIVO DIÁRIO		CURATIVO DIÁRIO	
16		CURATIVO DIÁRIO		CURATIVO DIÁRIO		CURATIVO DIÁRIO	
EVOLUÇÃO MÉDICA:		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DLML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES		#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.					
#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUITA: MANTIDA		CONDUITA: MANTIDA					
SINAIS VITAIS		PA FC FR					
6 H		PA		FC		FR	
12 H		PA		FC		FR	
18 H		PA		FC		FR	
24 H		PA		FC		FR	


06/08/2019 08h 36,10C

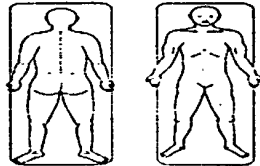
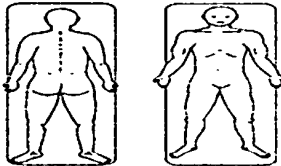
Dr. Fernando Rezende
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia

401 - 1


SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Banco: P		Data: 09/08/19	
Nome Completo: Jose Garcia Alves de Souza		Enfermeira: 401	
Hipótese Diagnóstica:		Leito: 01	
Isolamento ou Precaução: () Sim (X) Não		Qual(is):	
Alergia: () Sim (X) Não		Qual(is):	
Necessidade de Intérprete? () Sim (X) Não		Qual idioma:	
Posto acompanhante: (X) Sim () Não		OBS:	
Deambulação: (X) Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante			
SISTEMA NEUROLÓGICO		SISTEMA CARDIOVASCULAR	
(X) Consciente	(X) Orientado	() Desorientado	(X) Normocrático
() Sedado	() Torporoso	() Comatoso	(X) Normotenso
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio
PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Fotorreagente	() Mídicas	() Midrícticas	(X) VO () SNG/SOG
(X) Isocóricas	() Anisocóricas	() Não reagentes	Acetilação da dieta: (X) Sim
REGULAÇÃO TÉRMICA		Evacuações: (X) Presente	
(X) Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	(X) Normal () Diarreia
() Febril	() Febre	() Pirexia	Flatos: () Presente
() Hiperpirexia			
CARACTERÍSTICAS DA PELE		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
(X) Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Normotenso
(X) Normocrorada	() Hipocrorada	() Hiperocrorada	() Ascítico
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	Ruidos Hidroaéreos: () Presente
() Adenítica	() Edema Local:		Visceromegalias: () Sim () Não
Úlcera por pressão: () Sim () Não			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE
Região: _____			() Espontânea
Curativo realizado: () Sim () Não	FO: () SIM () NÃO		() Polúria
SISTEMA RESPIRATÓRIO		() Cistostomia	
(X) Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	() Dispnico
Oxigenoterapia	() Sim () Não	Qual: _____	() Ar ambiente
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			
Cateter Periférico: () Sim () Não	Local: _____	Data: _____	Trocar em: _____
Cateter Central: () Sim () Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocar em: _____
Sinais de infecção no sítio da punção:	() Sim () Não	() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem () Sifonagem
Sondas: () Sim () Não () SNG	Aspecto da secreção: _____	Data da instalação: _____	Quantidade: _____
Dreno de: _____			
Cateter Vesical: () Sim () Não	Tipo: _____		Trocar em: _____
Prótese: () Sim () Não			Local: _____
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz	() Risco de lesão por Pressão	() Risco de Quedas
() Risco de infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Broncoaspiração	() Eliminação urinária prejudicada
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de constipação	() Comunicação deficiente
() Risco de glicemia instável	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Risco de constipação	
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal		
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado		
() Volume de líquidos deficiente	() Deficit no autocuidado para Higiene		
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	
Não	0	Não	0
Sim	25	Sim	20
2. Diagnóstico Secundário		5. Marcha/Deambulação/Acamado	
Não	0	Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Sim	15	Fraca	10
3. Auxílio na Deambulação		Comprometida/Cambaleante	
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0	6. Estado Mental	20
Muleta/Bengala/Andador	15	Orientado/limitado/conhece as limitações	0
Mobiliário Parede	30	Superestima capacidade/Esquece limitação	15
TOTAL:	Risco Baixo: 0 - 24	Risco Médio: 25 - 44	Risco Alto: maior que 45
Prescrição para prevenção de queda no verso			

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

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

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



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		
SERVIÇO DE ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA		
PRESCRIÇÃO MÉDICA		
		
CONSELHO DE PROTEÇÃO Hospital Geral de Roraima		
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA		
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D		
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE 52	LEITO 401-1	DATA 07/08/2019
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 VODE 6/6H S/N	
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N	
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
8	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS 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	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; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
EVOLUÇÃO MÉDICA:		
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES #EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUITA: MANTIDA		
SINAIS VITAIS		
6 H	PA	FC
12 H	140/83	84
18 H	138/73	80
24 H	133/71	90
Dr. Marcos Aguiar Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 1985		

OGA 13080 a2 Jampa 36,10e





Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão:08

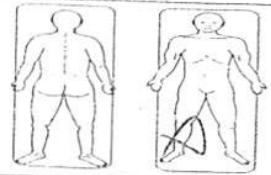
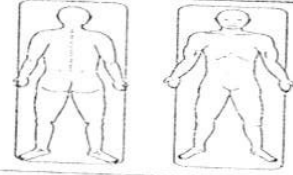

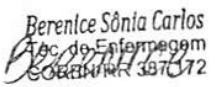
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: JOSÉ GARCIA

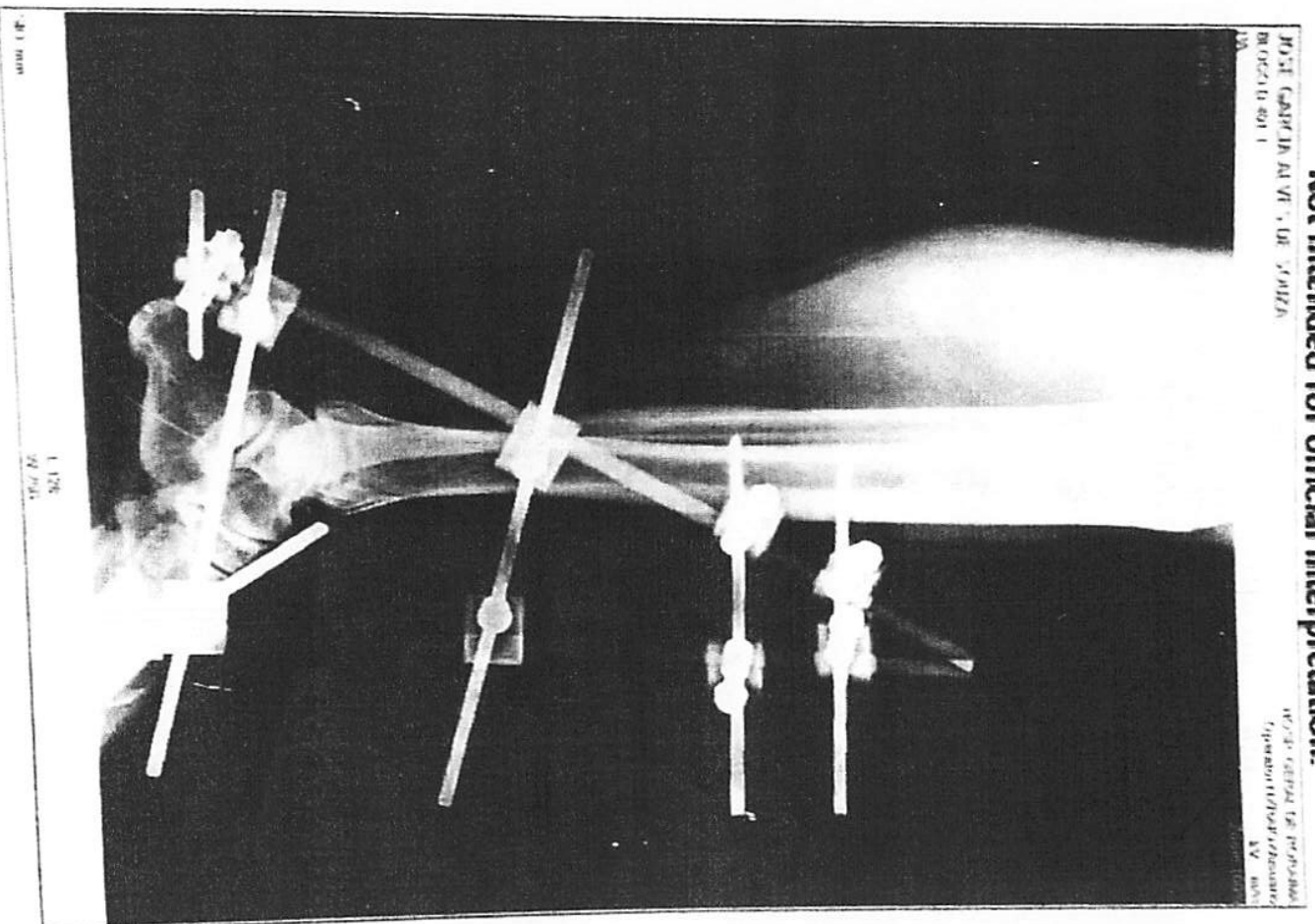
Leito: 404-1

Data: 06/08/19

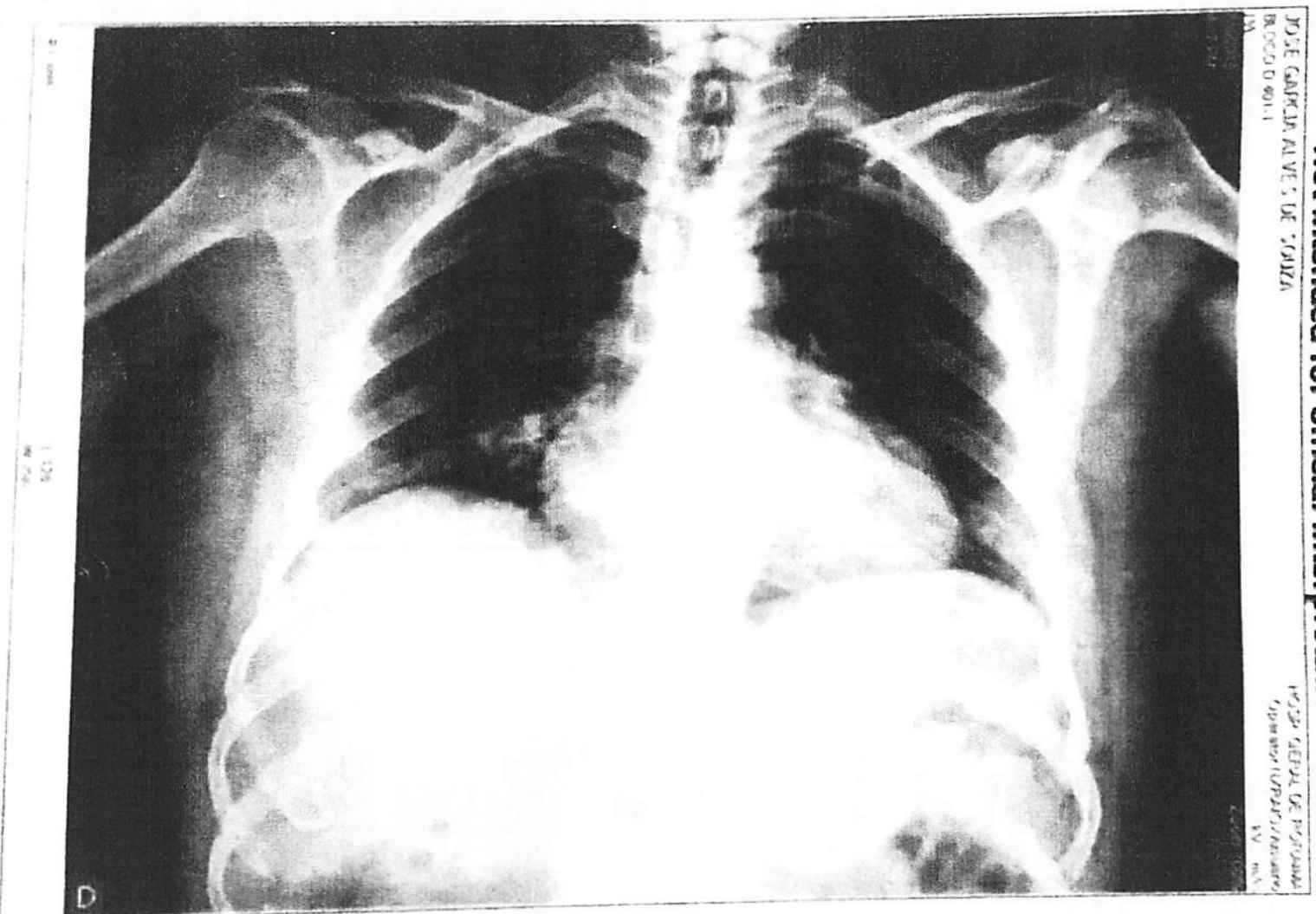
Localização	 Região: <u>MIO</u>	 Região: _____
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tração</u> <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <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:	 Bruna S. Pereira Técnica de Enfermagem COREN-RR 818.356	 Berenice Sônia Carlos Téc. de Enfermagem COREN-RR 357.72
Observações:	_____ _____ _____	_____ _____ _____



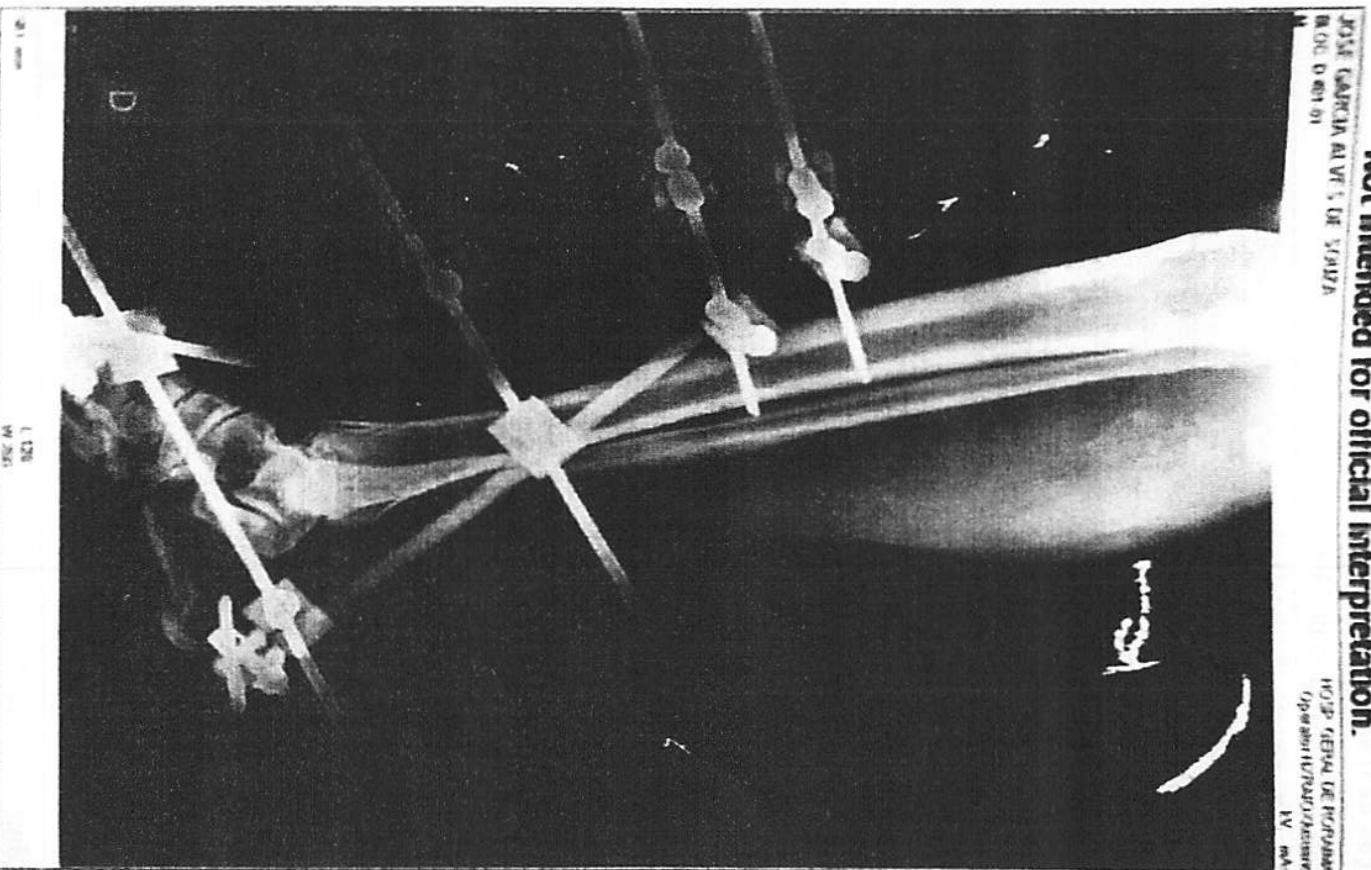
Not intended for official interpretation.



Not intended for official interpretation.

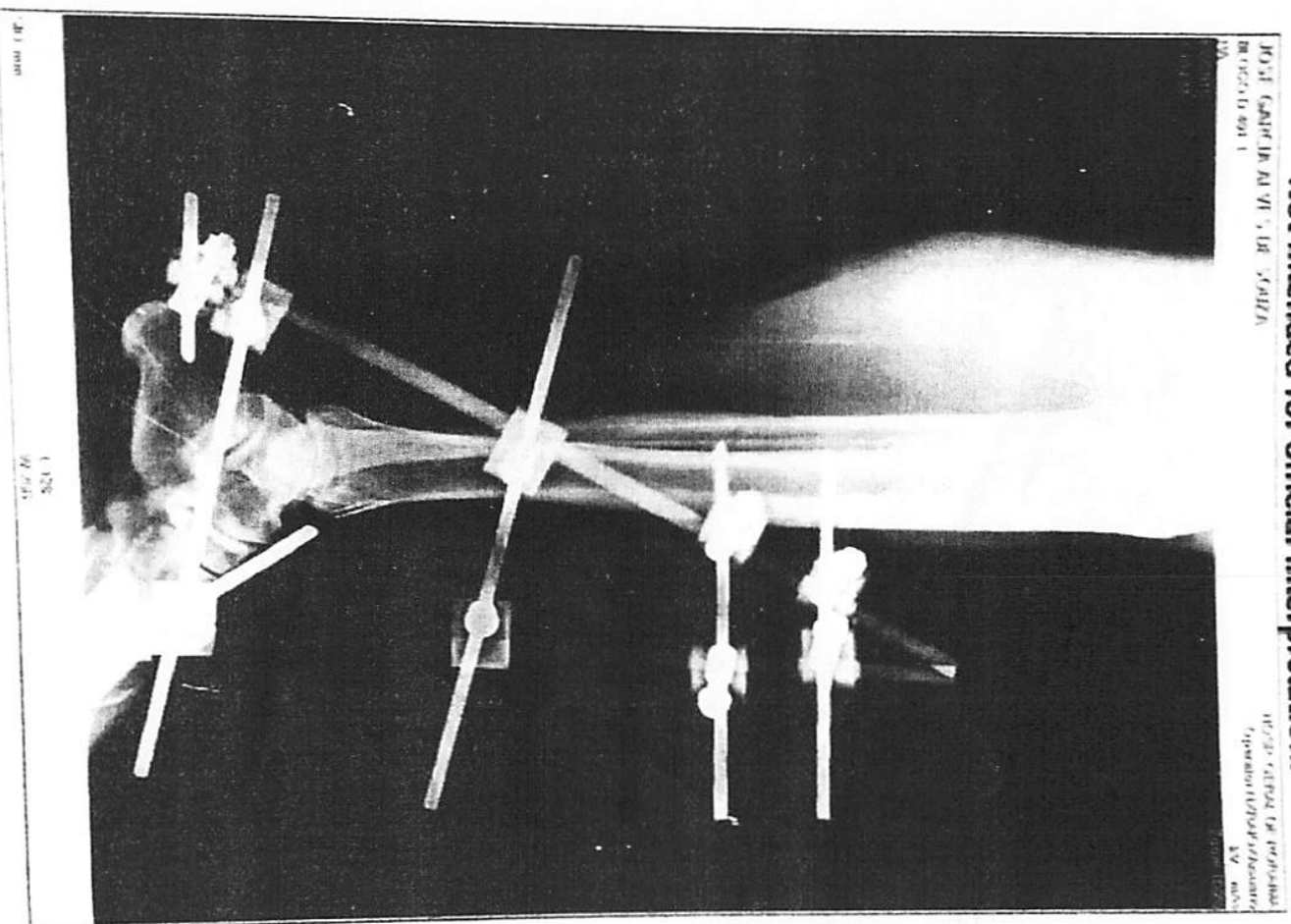


Not Intended for official interpretation.

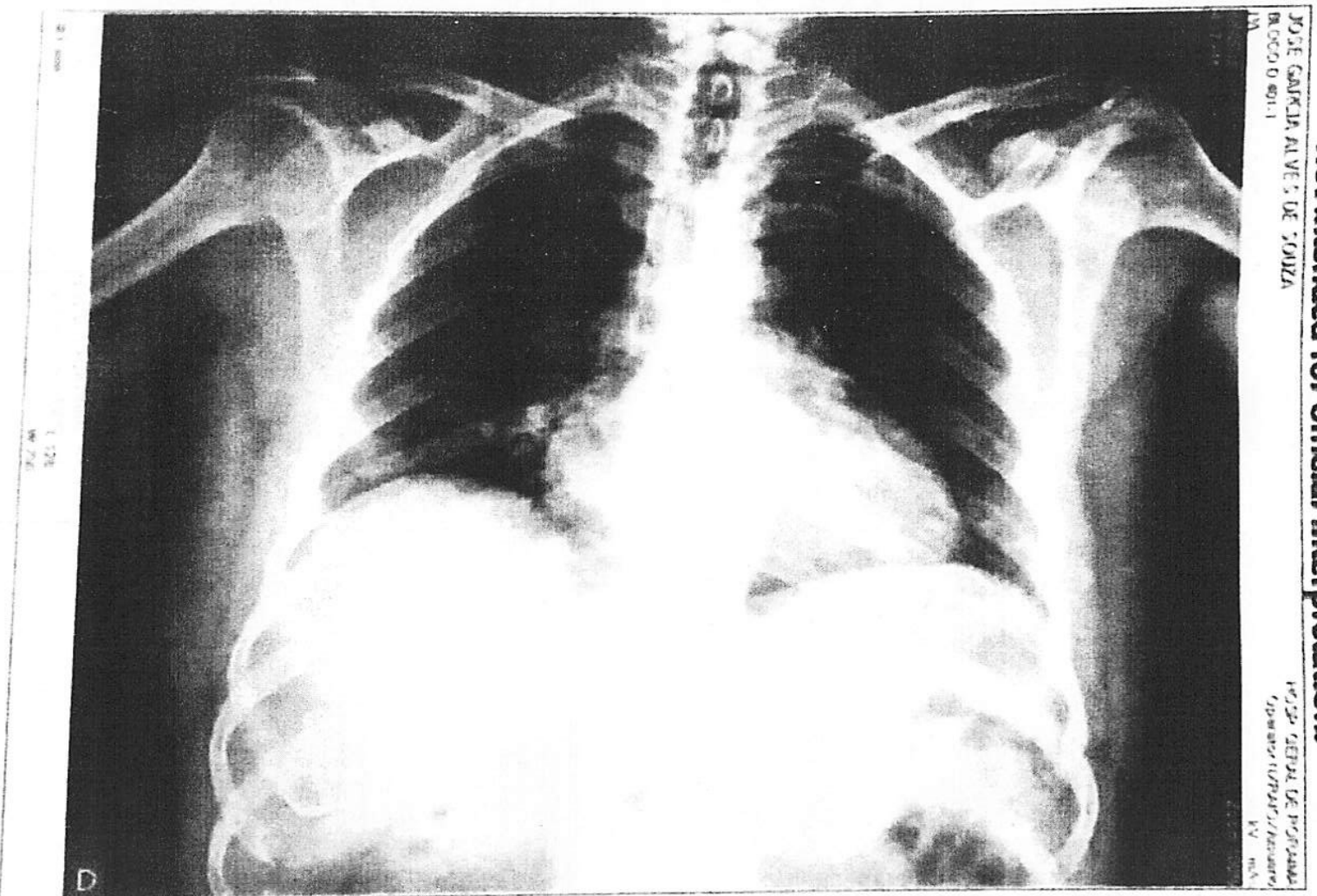




Not intended for official interpretation.



Not intended for official interpretation.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Dr. Paulo Sérgio de Souza
Assinatura

Facilitar a solicitação
de parte em 22/01/2020,
em 03/05/19, e

Proceder a revisão e reavaliar
a prática de atendimento
de acordo com a lei, e

Paulo Sérgio de Souza

Assinatura do Capitão

ALBUCA ESPECIALIZADA CONDOMÍNIO
Rua General Pinheiro - Condomínio Villa Hill
CEP 08.201-150 - CHOF. BA.013.4030001-70



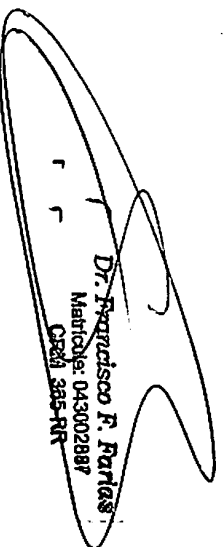
DR. FRANCISCO FERREIRA DE FARIAS JÚNIOR - CRM 365/RR
Av. Nossa Senhora da Consolata 597 - CEP 69.300-000 - Boa Vista/ RR
Fone: (95) 98111 7525 - E-mail: fariasrr2005@gmail.com

laudo médico

Sr. Joo Joo de Souza, C.I 356322-7 SSP/RR
natureza de acidente de moto, com diagnóstico de fratura exposta
do tornozelo direito, conforme ficha de atendimento 1901143776,
de 03/06/19 do P.S. Fc e Elab. Fr. Neoligado tornozelo com
gizador externo e fisioterapia. Atualmente praticando com
elave do tornozelo, muleta claudicante e direita. Apresenta
limitação para flexão, hiperextensão e rotação interna e externa do
tornozelo direito. Apresenta da a mobilidade ativa e passiva
durante exame clínico.

Conclusão: Iniciando com regime funcional
permanente de membro superior direito.

Boa Vista, 08/11/2019


Dr. Francisco F. Farias
Matrícula: 043002887
CRM 365-RR



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
5ª VARA CÍVEL - PROJUDI

**Fórum Advogado Sobral Pinto, 666 - Centro - Boa Vista/RR - Fone: (95)
3198-4719 - E-mail: 5civelresidual@tjrr.jus.br**

Proc. n.º 0802278-94.2020.8.23.0010

DESPACHO

Intime-se o autorpara, **no prazo de 15 dias, emendar a inicial**nos seguintes termos, **sob pena de indeferimento da inicial** cancelamento da distribuição:

- Regularizar a procuração juntada aos autos;
- Juntar procuração atualizada;

Boa Vista, 27/1/2020.

EDUARDO MESSAGGI DIAS

Juiz de Direito

(Assinado Digitalmente - Sistema CNJ - PROJUDI)

