

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2626982520200206173941

Processo 0802271-05.2020.8.23.0010 ☆ - (13 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11

500 por pág.

1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08022710520208230010

LITISPENDÊNCIA: Processo Paradigma 0802789420208230010
SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

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

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

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

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

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

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

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DA EXISTÊNCIA DE DEMANDA IDÊNTICA

CARACTERIZAÇÃO DE LITISPENDENCIA

Preliminarmente, informa da existência de outra demanda idêntica a presente, ou seja, com as mesmas partes, pedido e causa de pedir, a qual fora registrada sob o número **08022789420208230010**, e tramita perante o Juízo da 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA - RR, conforme comprovam as cópias inclusas.

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

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

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

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 09/09/2019 após 1 MES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 03/08/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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

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

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

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

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

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:

25/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000054319-2

Nr. da Autenticação E3704A2A9C63E22B

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

⁸ art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 29 de janeiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA**, em curso perante a **6ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08022710520208230010.

Rio de Janeiro, 29 de janeiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



Paulo Sérgio de Souza
Advocacia & consultoria

Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317 B

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

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA, brasileiro, solteiro, autônomo, portador da cédula de identidade RG Nº 356322-7 SSP/RR, inscrito no CPF sob nº 944.205.801-00, residente e domiciliado na AV: Jardim, nº 403, Bairro: Cidade Satélite, Cidade: Boa Vista/RR, Telefone: 99122-2322, e-mail: paulosouzavcm@hotmail.com, neste ato representada por seu advogado e procurador que esta subscreve, conforme procuração anexada à presente, com escritório profissional situado na Rua General Penha Brasil, nº 102, Centro – Boa Vista e Rua Ulisses Guimarães nº 436 Rorainópolis, onde recebe notificações que o caso requer, vêm, **respeitosamente**, à presença de Vossa Excelência, propor a presente,

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

Em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ 09.248.608/0001-04, com endereço na Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20031-205, e-mail: Desconhecido, face aos seguintes fatos e fundamentos jurídicos adiante expostos.

DA JUSTIÇA GRATUITA

O Autor preenche os requisitos legais para a obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, nos termos das Leis nº 5.584/70 e 1.060/50, com a redação que lhe deu a Lei nº 7. 510/86, requerendo, portanto, sejam-lhe concedidos os aludidos benefícios, tendo em vista tratar-se de pessoa pobre,

1. DOS FATOS

O demandante, no dia **03 de agosto de 2019, por volta das 12:05h**, foi vítima de acidente de trânsito ocorrido na localidade **da Rua: Dom Jose Nepote no município de Boa Vista-RR**, evento este que lhe causou deformidade de caráter permanente suportada até os dias atuais.

Do acidente resultou: **"DESCRIÇÃO: trauma em tornozelo D"** conforme laudo médico (doc. anexo).

Deste modo, o vindicante, ciente dos seus direito ao seguro obrigatório (DPVAT), promoveu, por meio de solicitação administrativa, o pagamento da apólice a título de validade, como bem reconheceu a seguradora ao lidar provimento a indenização DPVAT, depositando-lhe a quantia de R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), em 25/11/2019.

São os fatos de forma sucinta.

2. DO DIREITO

A lei que rege o seguro DPVAT é a Lei nº 6194/74 com as posteriores modificações implementadas pelas Leis nº 8441/92, nº 11.482/07 e nº 11.945/09.



Paulo Sérgio de Souza
Advocacia & consultoria

Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317 B

A Lei nº 6.194/74, reguladora do Seguro DPVAT, após a reforma imposta pela Lei 11.482/07, limitou o quantum indenizatório referente aos danos cobertos pelo seguro em caso de morte no valor de 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), no caso de invalidez permanente em até o valor de 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais) no caso de despesas de assistência médica e suplementar.

A citada legislação pertinente à matéria trouxe uma tabela proporcional de percentual de perda/debilidade de membros, órgãos e funções do corpo humano, classificando-os em 10%, 25%, 50%, 75% e 100%.

Acontece que o laudo de avaliação médica acostado traz a natureza das lesões sem, contudo, tratar da extensão das lesões conforme preceitua a tabela citada.

Também, a seguradora pagadora do sinistro não apresentou, no momento do pagamento do seguro, quais seriam as extensões das lesões sofridas dentro da referida tabela, limitando-se a fazer um depósito em conta corrente da requerente sem esclarecer a extensão dos danos sofridos dentro da tabela.

É de se destacar, por imperioso, que **o recibo de quitação administrativamente recebido pela requerente foi lavrado em termos genéricos. Dessa forma, não se pode aferir quais lesões e suas devidas extensões foram pagas administrativamente, sendo imprescindível o acionamento judicial para a exata verificação das extensões sofridas via perícia complementar.**

O STJ se pronunciou a respeito:

O recibo dado pelo beneficiário do seguro em relação à indenização paga a menor não o inibe de reivindicar, em juízo, a diferença em relação ao montante que lhe cabe de conformidade com a lei que rege a espécie. (REsp 296675 /SP. RECURSO ESPECIAL 2000/0142166-2. Relator Ministro ALDIR PASSARINHO JUNIOR. Quarta Turma. Data do Julgamento 20/08/2002. Pub. DJ 23.09.2002, p. 367).

3. DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PERÍCIA

Embora, via de regra, seja a produção de prova pericial a cargo do requerente, (CPC, I, art. 333), no presente caso necessário se faz o decreto de inversão do ônus da prova nos termos do artigo 6º, VIII do CDC, para fins de aferição do grau (percentual) da lesão incapacitante, vejamos:

"Art. 6º - São direitos básicos do consumidor:

(...)

VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências."

Cite-se nesse sentido os seguintes julgados:



Paulo Sérgio de Souza
Advocacia & consultoria

Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317 B

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

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

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

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

3. DO VALOR DEVIDO

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

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

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

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

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



Paulo Sérgio de Souza
Advocacia & consultoria

Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317 B

SEGURADORA. RECONHECIMENTO IMPLICITO DA INVALIDEZ PERMANENTE DA VITIMA. 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. John Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

Dra. Paula Raffaela Pálua de Souza
OAB/RR 3408

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE José Garcia Alves de Sousa, brasileiro(a),
estado civil: solteiro, Profissão: Autorano,
portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 356322-1 SSP/TO
e inscrito(a) no CPF/MF nº 944.205.804-00, 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 Souza

Outorgante

CPF/MF nº





Paulo Sérgio de Souza
Advocacia & Consultoria

Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR.3178

Dra. Paula Rafaela Pálua de Souza
OAB/RR.3408

Dr. Jofon Emerson de Souza Camilo
OAB/RR.1376

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
Nº. Foneleu 683 B-18 cod. ARACU Nº 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 ODELO CRUZ

 Polegar Direito



JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 358322-7 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

IDOC ORDEM
CERTD CAS 2604 FLS 48 LIV B-8
ARAGUATINS - TO

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

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1





Para contato
consulte informe
este número



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcia 691 - Centro - Boa Vista - RR

Nº da Nota Fiscal: 03227308

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Shure B-1
Regime especial de imposto autorizada pela SEFAPZ 368/13

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

CONJANTES	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	20790		12/07/2019
Anterior	20387		11/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,0000		12/08/2019
Consumo Medido:	403		11/07/2019
Consumo Faturado:	403		12/07/2019

NORMAL

31

Classe/Subclasse	Luçamento	Numero Medidor	Posição	Código Fiel	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14FDB032750	1423110	1.1.1.2	357

HISTÓRICO kWh	CONSUMO ILUMINAÇÃO PÚBLICA	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mais alto consumo	403 A R\$ 0,764602 =	308,13
JUN/19	217	6,42
MAR/19	366	
ABR/19	436	
MAR/19	410	
FEV/19	337	
JAN/19	331	
DEZ/18	317	
NOV/18	414	
OUT/18	409	
SET/18	387	
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0 A 100 - 0,604602		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LICITE 08007009120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 11/07/2019, não constataremos futuros vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO F8B0 8BC6 D8R2 7ED1 ICA6 CA09 FD61 D9F9

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

INDICADORES DE CONTINUIDADE

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

FLORESTA

ROT: 32.001.24.20 550200

05/2019

120,08



0135682-8	07/2019	01/08/2019	314,55
-----------	---------	------------	--------

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

Nº da Nota Fiscal: 03227308

FCAM

836200000003 9 1450075000 8 000000000135 4 68280719008 2



SFO: 00265 LIC: 01345687-8 OT: FTT - 12/07/2019 T: ENTR - 04





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013975850212

VIA 01 00538665955

EXERCÍCIO 2019

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

PLACA 944.205.801-00

CHASSI 9CEK005500R356480

COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

ANFAB 2013

ANFAB 2013

CATEGORIA PARTICU

VENC. COTA UNICA *PAGO*

1ª *****

2ª *****

3ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$0.32

IOF (R\$) R\$84.58

PREMIO TOTAL (R\$) R\$84.58

DATA DE PAGAMENTO 30/07/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * BEN. TRIBUTARIO

* PROJA SATR AMOZ OCID *

LOCAÇÃO 15/08/2019

DETRAN

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

RR Nº 013975850212 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
944.205.801-00
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDICOES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019

DATA EMISSÃO 15/08/2019

VIA 01

CPF / CNPJ 944.205.801-00

PLACA NAP8665

RENAVAM 00538665955

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANFAB 2013

CHASSI 9CEK005500R356480

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 EMISSÃO 15/08/2019

DATA DE OUTAÇÃO 30/07/2019

☒ COTA UNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DETRAN

COLÉGIO DE OCORRÊNCIA	Nº: 029517/2019
-----------------------	-----------------

Data/1 ore F.m.: 08/09/2015 09:15

DAI :S DA OCORRÊNCIA

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

Bairro Cidade Satélite

Mei (s) Empregado(s)

Mac Houve

(MUNICIPALITE)

Nacionalidad

Nome da Mãe: Albertina Alves de Sousa

No. 453

rum (C) et) Informazio

ro DPV, T.1:100

Ermendes Ferreira
Agente de Policia
Mat. 042000612

Agente de Polícia
Matrícula 42000612

Responsável pelo Atendimento

CONTEÚDO DO CURSO: O curso fundamenta o poder civil e econômico e pela presente declaração que os alunos do Curso de Contabilidade são aprovados no mesmo.

Slingsp

Elaborado de Polícia Civil: Vexsand
Impresso por: Emanuel Ferreira
Data de Impressão: 08/09/2016
Protocolo nº: Não disponível

Lopes da Silva
Fina
146

F-2 - Procedimientos Policiales Electrónicos

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





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



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

OBM DE ATUAÇÃO

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

ÁREA DE ATUAÇÃO
☒ Leste ☐ Oeste ☐ Centro
☐ Norte ☐ Sul ☐ Rural

VTR

KMI

KMF

H/SAÍDA

H/NO LOCAL

SAÍDA DO LOCAL

NO DESTINO

H/NA OBM OU B-01

1. DADOS DA OCORRÊNCIA

CÓD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADA:

ENDEREÇO: Rua Dom José Leopore

Nº 319

BAIRRO: Cidade Santa

CIDADE: Boa Vista

PONTO DE REFERÊNCIA: 2º Av. Dom Aparecido

LOCAL DA OCORRÊNCIA: ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA ☐ OUTRO:

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: José Garcia Alves de Sousa

RG/CPF: 3563722-7

D.N.: 19-01-67

IDADE: 53

SEXO: ☒ Masculino ☐ Feminino

PNS: ☐ Sim ☒ Não

ENDEREÇO: Av. J. Proença, 2100 18 (Cidade Santa)

Nº 403

BAIRRO: Cidade Santa

TEL.: 9412-1803

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL?

☐ Sim ☒ Não

Se sim, qual:

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

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

3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

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

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

Assinatura do paciente/vítima:

RG Nº: 3563722-7

SSP/

Testemunha:

RG Nº: 3563722-7

SSP/

Testemunha:

RG Nº: 3563722-7

SSP/

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

Abertura ocular

☒ 4. Espontânea

☐ 3. À voz

☐ 2. A dor

☐ 1. Nenhuma

Resposta verbal

☒ 5. Orientado

☐ 4. Confuso

☐ 3. Palavras inapropriadas

☐ 2. Sons incomp./ Gemidos

☐ 1. Nenhuma

Resposta motora

☒ 6. Obedece aos comandos verbais

☐ 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso

☐ 4. Reage a dor

☐ 3. Flexão anormal a dor (Decorticação)

☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração)

☐ 1. Nenhuma

Total

15 Pontos

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

Abertura ocular

☒ 4. Espontânea

☐ 3. À voz

☐ 2. A dor

☐ 1. Nenhuma

Resposta verbal

☒ 5. Palavras/sorriso/olhar acompanhada.

☐ 4. Choro, mas que pode ser confortado.

☐ 3. Irritabilidade persistente.

☐ 2. Agitação.

☐ 1. Nenhuma

Resposta motora

☒ 6. Movimenta os 4 membros.

☐ 5. Localiza e retira o estímulo doloroso.

☐ 4. Sente dor, mas não retira.

☐ 3. Flexão a dor (Decorticação).

☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração).

☐ 1. Nenhuma

Total

15 Pontos

6. SINAIS VITAIS

PA: 160/130

FR: —

FC: 93

SpO2: —

Temperatura: —

7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA – SUBJETIVA

ALERGIA: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):

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

APARENTEMENTE ALCOOLIZADO: ☒ SIM ☐ NÃO



Encontre摩托車， encontrava-se de sola, segundo, Ia sem o capote, e mesmo informos os retirado: 203 cidadãos de populares e esposa. Dizia-se somente de obras na região do torneio de direção, onde depois de uma deliberação não podemos deixar o nosso trabalho, somente primeiro em tudo mole. Então o candidato até a 15 para melhor avaliação. O mesmo informos por meio de deliberação pela moeda. A sua esposa veio como acompanhante no UTR.

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

13. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

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

Medico
CRM 12345



Guia de Alendimento 1

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde

ento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
 ão deste em <https://projudi.tirr.ius.br/projudi/> - Identificador: PJ8ZP LKFBK 5A3QC 67DUY

sin
te e

um
dad

Doc
Val

OBSERVAÇÃO

HOSPITAL GERAL DE MONTA-
 AVE. B/5 - EDUARDO GOMES, S/N
 NOVO PLANALTO 13.145-21-21-0620
 AUTENTICAÇÃO

Hospital Geral de Maricá
Av. Ruy de Albuquerque Gomes, S/N
Nova Friburgo, RJ
Tel: (24) 271-0620
AUTENTICACAO

29 Abril 2019

Certifico e Dou Firme que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que se encontra em
este Hospital

() Ambulatório
() Observação (Ale 24h)
() Internação
() Out e Hora da Saúde/Alta

183

Dr. Jorge Bar
Medico
2004
Calle 1204
Ciudad de México

1. **Identify the problem.** The first step is to identify the problem. This involves understanding the symptoms and the context in which they are occurring.

11

Steel

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. _____

Jose Garcia Filho
ou Souza

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

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Augusto

1º AUXILIAR: Paula

2º AUXILIAR: Augusto

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

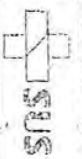
FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Presente em DDH sob exame médico.
 - 2) Anestesia e A.D.M. para
 - 3) colocação de campo estéril + MC com
de 5x0,9.
 - 4) Sutura de tendão e reparação com
fio de Shenz, tipo de 6/0. com controle
radiográfico.
 - 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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - DATA DE NASCIMENTO DO PACIENTE

8 - DATA DE INSCRIÇÃO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, TR., INTERD.)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

300 V. St

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINDROMAS CLÍNICOS

As febre

Rx + exame físico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CAPACIDADE DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CP)

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

33 - CID 10 PRINCIPAL

34 - CID 10 SECUNDÁRIO

35 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

36 - CID 10 DA SÍNDROME

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADOR

44 - AUTÔNOMO

45 - DESEMPREGADO

46 - APOSENTADO

47 - NÃO SECURADO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADOR

44 - AUTÔNOMO

45 - DESEMPREGADO

46 - APOSENTADO

47 - NÃO SECURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - INSCRIÇÃO (CNS/CP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

9/8/19

0408030543

5823

18899



Procedimento Realizado.

1901143776

03.08.19



INTRA-OPERATÓRIO

04.20	05.11	22.11	20.11	
-------	-------	-------	-------	--

26. hf	50. hf	51. hf	OPEN (X) III
--------	--------	--------	--------------

OPEN ~~(X)~~ ME

DEN (X) (u)

GEN (X) on

OPEN ☒ VISIT

QEN ~~(X)~~

OPEN (X) UN

[illegible]

moderately

ORR

Centro Cirúrgico:

опи

20 de 02

30 30 31

11

111

9000

() Irregular

Admissão do

1

signatures for

Wing, 5000

2010-11-10

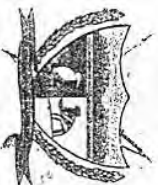
— 324.1

0112570

1000

Downloaded from <http://ajphaphapublications.sagepub.com/> at 11:01 11 November 2014

PROJUDI - Processo: 0802278-94.2020.8.23.0010 - Ref. mov. 1.3 - Assinado digitalmente por Paulo Sergio de Souza
24/01/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

5204

NOME DO PACIENTE Jose Garcia Alves de Sousa APT OU LEITO 19014376 DATA 03 108 1 19

TIPO Cirurgia TEMPO DE DURAÇÃO
INICIO 14:50 FIM 15:48 TEMPO TOTAL

CIRURGIÃO Dr. Rogerio Dias EQUIPE MÉDICA
ANESTESISTA: Dr. Fabiano

1º AUXILIAR Res. Fabio RES. ANESTESIA:
2º AUXILIAR Res. Pedro / Res. Augusto INSTRUMENTADOR

TIPO DE ANESTESIA:		CIRCULANTE		TEMPO DE DURAÇÃO:	
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☐	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500ml
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
4	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
3	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
3	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
10	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	LAMINA BISTURI Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO SEDA Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			SURGICEL	
	SERINGA 01ML		1	CERA P/OSSE c/eter de	
3	SERINGA 03ML		1	KIT CATARATA Nº Equipo maceraplas	
5	SERINGA 05 ML		1	GEFOAM Agulha P/ roque	
3	SERINGA 10ML		5	FITA CARDIACA eletrodos	
3	SERINGA 20ML		☒	OUTROS: Atadura de crepom	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
		<u>Gabriele D</u>		
		<u>Aline</u>	TAXA DE SALA	
			TAXA DE ANESTESIA	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	SOMA	
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	



FICHA DE ANESTESIA

03/06/19

2.

Б-13-44


 M. Albert
 Directeur

T-Tok

Т-504

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Banco:		Data: 08/08/19	Enfermeira: 404
Nome Completo: Roxa, Antonio Augusto de Souza		Sexo: M	Idade: 47
Hipótese Diagnóstica: Infecção		Sinais de Infecção: SNG	
Isolamento ou Precaução: Não		Padrão de Sinais de Infecção: SNG	
Alergia: Não		Qual(is):	
Necessidade de Intérprete: Não		Qual idioma:	
Possui acompanhante: Não		Obs:	
Deambulação: Normal		Sem deambulação	
SISTEMA NEUROLÓGICO		SISTEMA CARDIOVASCULAR	
☒ Consciente		☒ Desorientado	
☐ Sedado		☐ Comatoso	
☐ Agitado		☐ Não reage	
PUPILAS		PULSO	
☒ Fotorreage		☒ Midríptica	
☒ Isocóricas		☐ Não reage	
REGULAÇÃO TÉRMICA		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
☒ Febre		☒ Hipotermico	
☐ Febre		☐ Pirexia	
CARACTERÍSTICAS DA PELE		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
☒ Hidratada		☒ Ressecada	
☒ Normocorada		☐ Hipercorada	
☐ Anictérica		☐ Ictérica	
☐ Cianótica		☐ Claudica	
Dilata por pressão: Não		Local: Não	
Região: Não		FO: Não	
Curativo realizado: Não		FO: Não	
SISTEMA RESPIRATÓRIO		SISTEMA URINÁRIO/DIURSE	
☒ Dispneico		☐ Bradipneico	
☐ Bradipneico		☐ Taquipneico	
☐ Oligoterapia		☐ Qual: Não	
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES		Data: 08/08/19	
Cateter Periférico: Não		Local: MSD	
Cateter Central: Não		Local: Não	
Sinais de Infecção no sítio da punção: SNG		Curativo realizado em: Não	
Dreno de: Não		Aspecto da secreção: SNG	
Cateter Vesical: Não		Data de instalação: Não	
Prótese: Não		Tipo: Não	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		Local: Não	
☐ Deglutição Prejudicada		☐ Padrão respiratório ineficaz	
☐ Risco de Infecção		☐ Ventilação espontânea prejudicada	
☐ Risco de nutrição desequilibrada		☐ Mobilidade física prejudicada	
☐ Risco de glicemia instável		☐ Risco de integridade da pele prejudicada	
☐ Risco de desequilíbrio do volume		☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	
☐ Volume de líquidos excessivo		☐ Padrão de sono prejudicado	
☐ Volume de líquidos deficiente		☐ Déficit no autocuidado para higiene	
Escala de Morse		Escala de Morse	
1. Histórico de Queda		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	
Não		Não	
Sim		Sim	
2. Diagnóstico Secundário		5. Marcha/Deambulação	
Não		Normal/Sem deambulação/Acamado	
Sim		15 Fica	
3. Auxílio na Deambulação		Comprometido/Cambaleante	
Nenhuma/Acamado/Auxiliado		8/6 Estado Mental	
Muleta/Bengala/Andador		15 Orientado/limitado/conhece as limitações	
Mobilidade Paralela		30 Superestima capacidade/Esquece limitação	
TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24		Risco Médio: 25 - 44	
Prescrição para prevenção de queda no verso		Risco Alto: maior que 45	

Perito
Medico

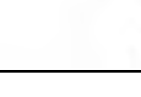
Lucinete de Almeida Campos
ENFERMEIRA
COREN-PR 254.349

Blaca D
Macao 02

~~405-1~~ 405-1



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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE		
AGNOSTICADO		
ALERGIAS		
IDADE	HAS	NEGA
ITEM	LEITO	DM2
PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H	

Centomaxilina 240mg IV 1x ao dia 08

13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	NSN
17	SSV + CCGG 6/6 H	18 24 06 12
18	CURATIVO DIÁRIO	18 24 06 12
19		18 24 06 12
20		18 24 06 12
21		18 24 06 12

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	MEDICO RESIDENTE
6 H				ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
12 H				
18 H				
24 H				

GH 132/84 95 36,5 c

18130 PA=137x93 P2 112 T=36,5 c

405-1



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: João Gomes Alves de Souza
Apelido: Joãozinho

Anestesista: Fabian

IDENTIFICAÇÃO (Sala de Anestesia)

IDENTIFICAÇÃO (Sala Operatória)

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Site Cirúrgico
☒ Procedimento
Assinatura do(a) ☒ Sim ☐ Não

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

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Site cirúrgico
☒ Procedimento

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

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

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

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

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplicam

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

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 DESTES PACIENTE

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☐ Sim

Qual:

Hora:

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☐ Sim

☒ Não se aplica

Sabrina Suresma - 27341-11
Assinatura e Carimbo

PACIENTE POSSUI

☒ Antecedente
Qual:

☒ (SISTEMA DE ASPIRAÇÃO)

☒ Equipamento/assistência disponível

☒ ARTERIAL: ANGIÚNEA > 500 ml

☒ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

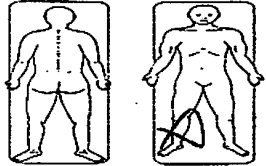
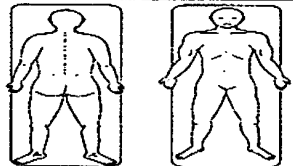
Dr. Alberto P. M. Henriques
Anestesiologista
CRM 1041

Assinatura

Hora:

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas –	Paciente: <u>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> ☒ 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	☒ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso ☒ Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro: _____		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	() Molhado ☒ Úmido () Seco		() Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	☒ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☒ Outro: <u>AGE</u>		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	
Troca	() 12/12 ☒ 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		
8	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N		
10	CUNDRAMICINA 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 CONDUTA: MANTIDA			
SINAIS VITAIS			
6H	PA	FC	FR
12H	130/72	81	17
18H	133/80	75	15.4
24H	130/60	81	20
Dr. José Carlos Aguiar CRM-RR 556			

GU

Paciente el queixo alvea modificado em, aferido
BSU + cateter de sução e xémas lab.

Rizabete Gomes da Silva
Téc. Enfermagem
COREN-RR 060.592 TE
C. J. J. J.

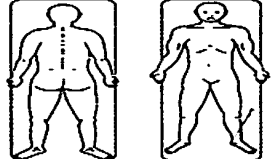
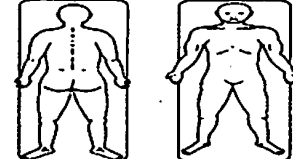
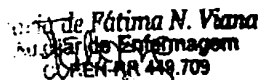
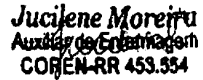
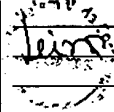


		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
		SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA					
		PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO		FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		52		LEITO		401-1	
ITEM				DATA		09/08/2019	
1		DIETA LIVRE				HORÁRIO	
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							
15							
16							
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:							
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUTA: MANTIDA							
SINAIS VITAIS							
6 H		PA		FC		FR	
12 H							
18 H							
24 H							
							

Ret Bg 1 LOTE, AAA, Decolou o dente
OI ASM + melhora na MCV
SI Novo: Hg 12,5

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	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma : <u>Tração</u> ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: <u>F.O</u>		☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma : <u>Tração</u> ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:	
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/ Sonda ☐ Outros _____		☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros _____	
Pele Perilesional	☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: _____		☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: _____	
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____		☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco		☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco	
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:		☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h	
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			
CONVÊNIO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA			
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	401-1	DATA
ITEM			HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SMB
2	AVP		normal
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		SV
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		18/8 08/06
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6		20/8 08/06
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12		20/8 08/06
12	SSV + CCGG 6/6H		20/8 08/06
13	CURATIVO DIÁRIO		20/8 08/06
14	POLICIA PRG Clinu		
15	POLICIA PRG Clinu		
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 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 Garcia Alves de Souza CRM-RR 566			

00 104/65 93 36,22



Bloco D

405-1
405-1
405-1

Fm - Sery

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA		HGR	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN					
PACIENTE		JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA							
DIAGNÓSTICO		FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D							
ALERGIAS		HAS		DM2					
IDADE		52		LEITO		401-1		DATA	
ITEM		1		DIETA ORAL LIVRE		HORARIO			
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									
EVOLUÇÃO MÉDICA:									
# ENCONTRO PACIENTE DETIDO 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		PA		FC		FR			
6 H		140/84		82		-			
12 H		150/96		84		-			
18 H		140/90		92		19 mpn			
24 H		140/90		92		19 mpn			

06/08/2018 08h 36,10C

Dr. Fernando Rezende
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10.100

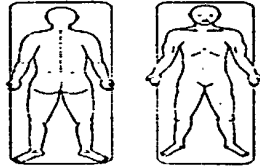
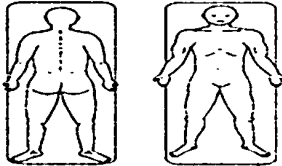


401 - 1

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			
(X) Consciente	(X) Orientado	() Desorientado	() Comatoso
() Sedado	() Torporoso	() Comatoso	() Não reage
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	
PUPILAS			
(X) Fotorreagente	() Mídicas	() Midrícticas	
(X) Isocóricas	() Anisocóricas	() Não reagentes	
REGULAÇÃO TÉRMICA			
(X) Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	
() Febril	() Febre	() Pirexia	
() Hiperpirexia			
CARACTERÍSTICAS DA PELE			
(X) Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	
(X) Normocrorácea	() Hipocrorácea	() Hiperocrorácea	
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	
() Adanóctica	() Edema local:		
Úlcera por pressão: () Sim () Não			
Região:			
Curativo realizado: () Sim () Não	FO: () SIM () NÃO		
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
(X) Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	() Dispneico
Oxigenoterapia	() Sim () Não	Qual:	() Ar ambiente () Traqueostomia
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			
Cateter Periférico:	() Sim () Não	Local:	Data:
Cateter Central:	() Sim () Não	Local:	Curativo realizado em:
Sinais de infecção no sítio da punção:		() Sim () Não	
Sondas: () Sim () Não () SNG		() SOG () SNE () SOE () GTT	
Dreno de:		Aspecto da secreção:	
Cateter Vesical:	() Sim () Não	Data da instalação:	Trocar em: Quantidade:
Prótese: () Sim () Não		Tipo:	Local:
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz	() Risco de lesão por Pressão	
() Risco de infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Quedas	
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração	
() Risco de glicemia instável	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada	
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Risco de constipação	
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	() Comunicação deficiente	
() Volume de líquidos deficiente	() Deficit no autocuidado para Higiene		
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda			
Não	0	4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	
Sim	25	Não Sim	
2. Diagnóstico Secundário			
Não	0	5. Marcha/Deambulação/Acamado	
Sim	15	Normal/Sem deambulação/Acamado Fraca	
3. Auxílio na Deambulação			
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0	6. Estado Mental	
Muleta/Bengala/Andador	15	Orientado/limitado/conhece as limitações	0
Mobilidade Paralela	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>liquimeia</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:				



2401-1
out
nov

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
CONSELHO DE PROFISSIONAL Hospital Geral de Roraima		HGR	
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA			
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D			
ALERGIAS		HAS	DM2
IDADE	52	LEITO	401-1 DATA 07/08/2019
ITEM			HORARIO
1	DIETA LIVRE		SAD
2	AVP		MACIL
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		SA
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		40-15-84-06
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12		07-20
12	SSV + CCGG 6/6H		15/11/20
13	CURATIVO DIARIO		M
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	140/83	84	17
18 H	138/73	80	18
24 H	133/71	90	35.8°

Dr. Marcos Antônio
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1985

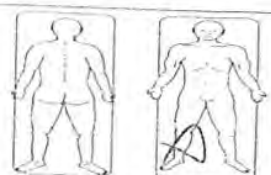
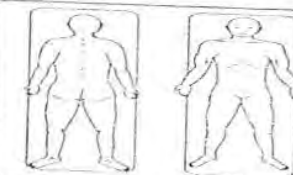
OGA 13080 a2 39mm 36,1°C



Paciente: JOSÉ GARCIA

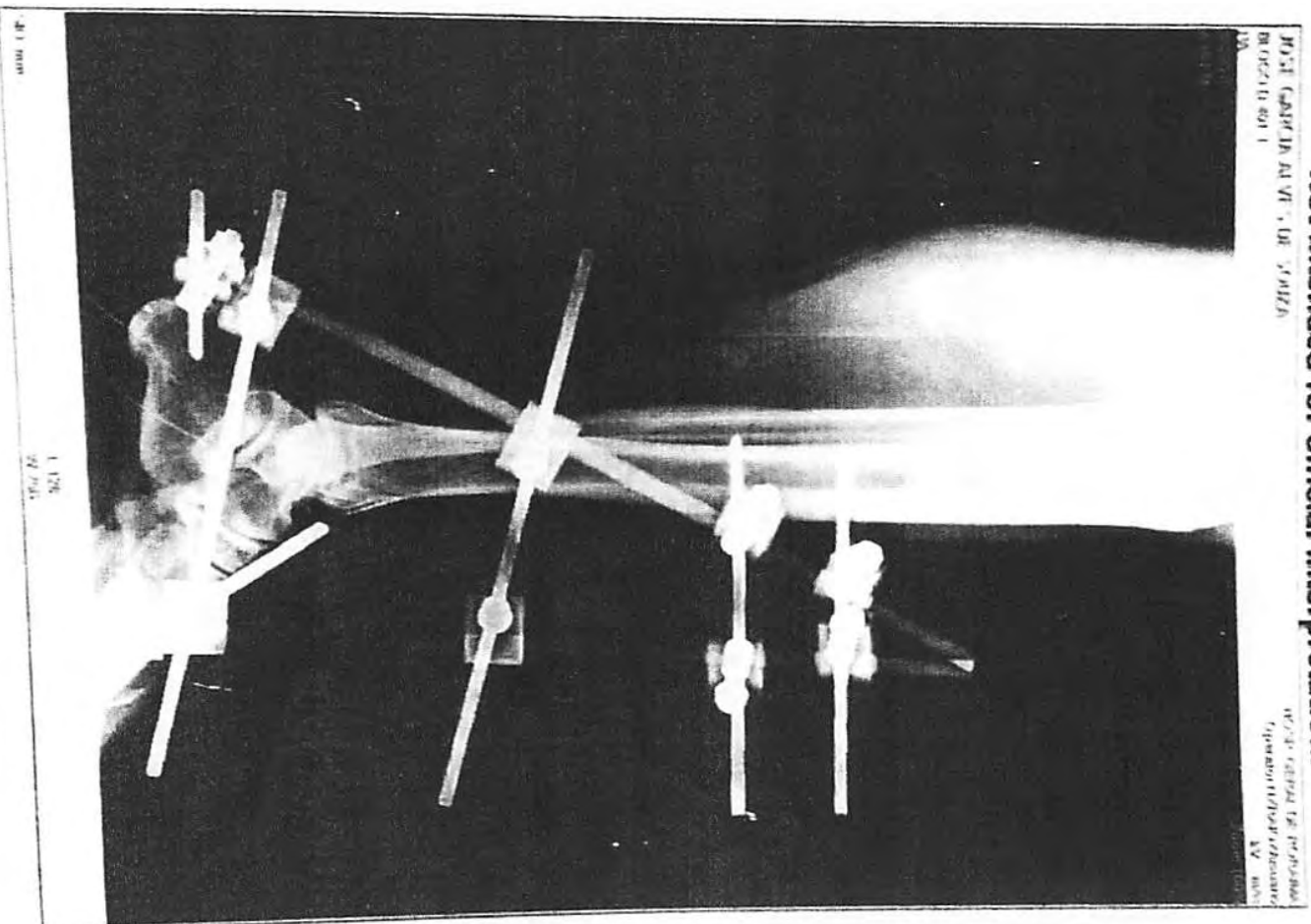
Leito: 404-1

Data: 06/08/19

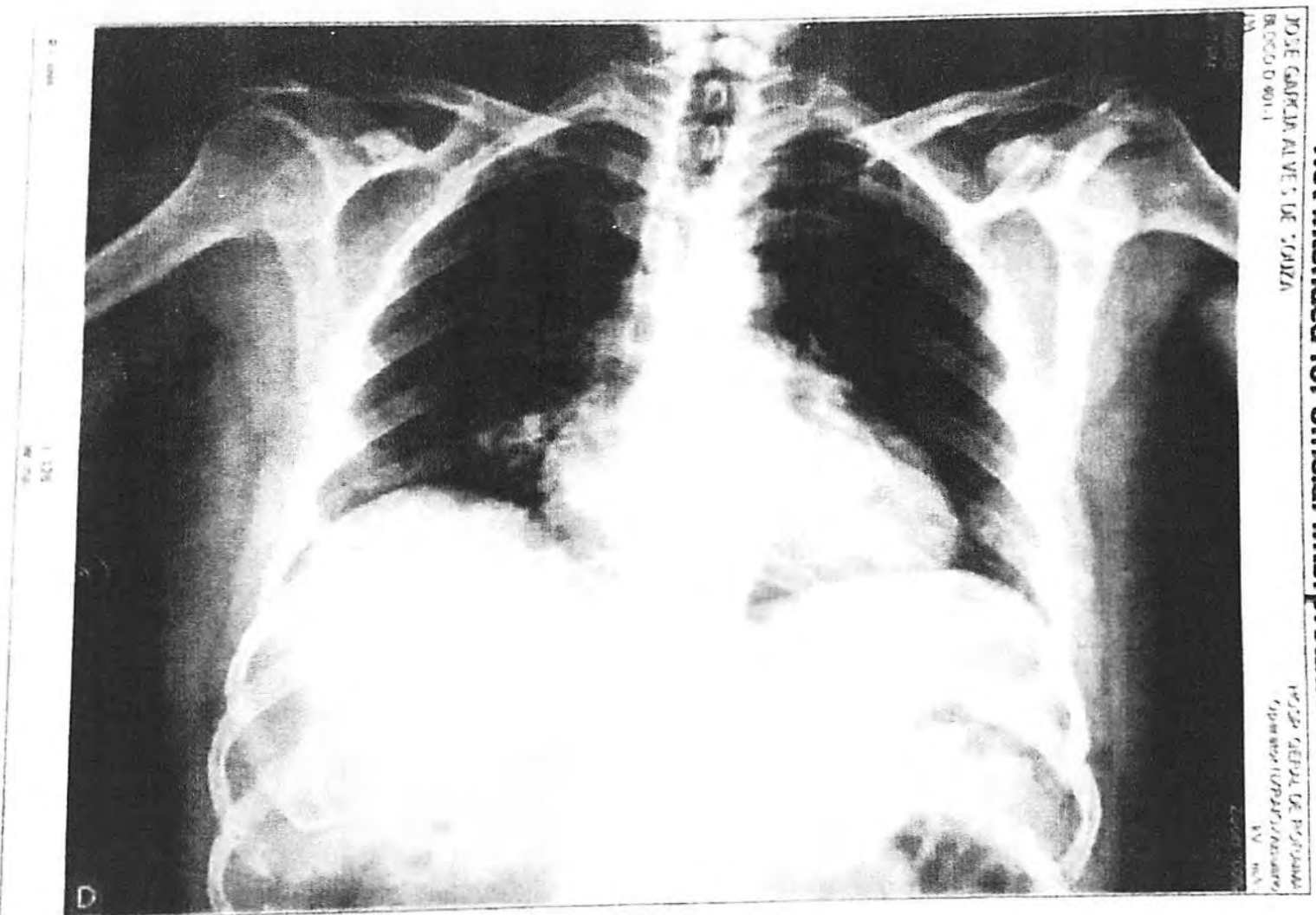
Localização		Região: <u>MID</u>		Região: _____
Etiologia	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: ☐ Tração ☒ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro: _____		☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: ☐ Tração ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro: _____	
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	☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: _____		☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: _____	
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____		☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco		☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco	
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☒ Outro: <u>AGE</u>		☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____	
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<u>Bruna S. Pereira</u> Técnica de Enfermagem COREN-RR 818.356		<u>Berenice Sônia Carlos</u> Téc. de Enfermagem COREN-RR 357.72	
Observações:	_____ _____ _____		_____ _____ _____	



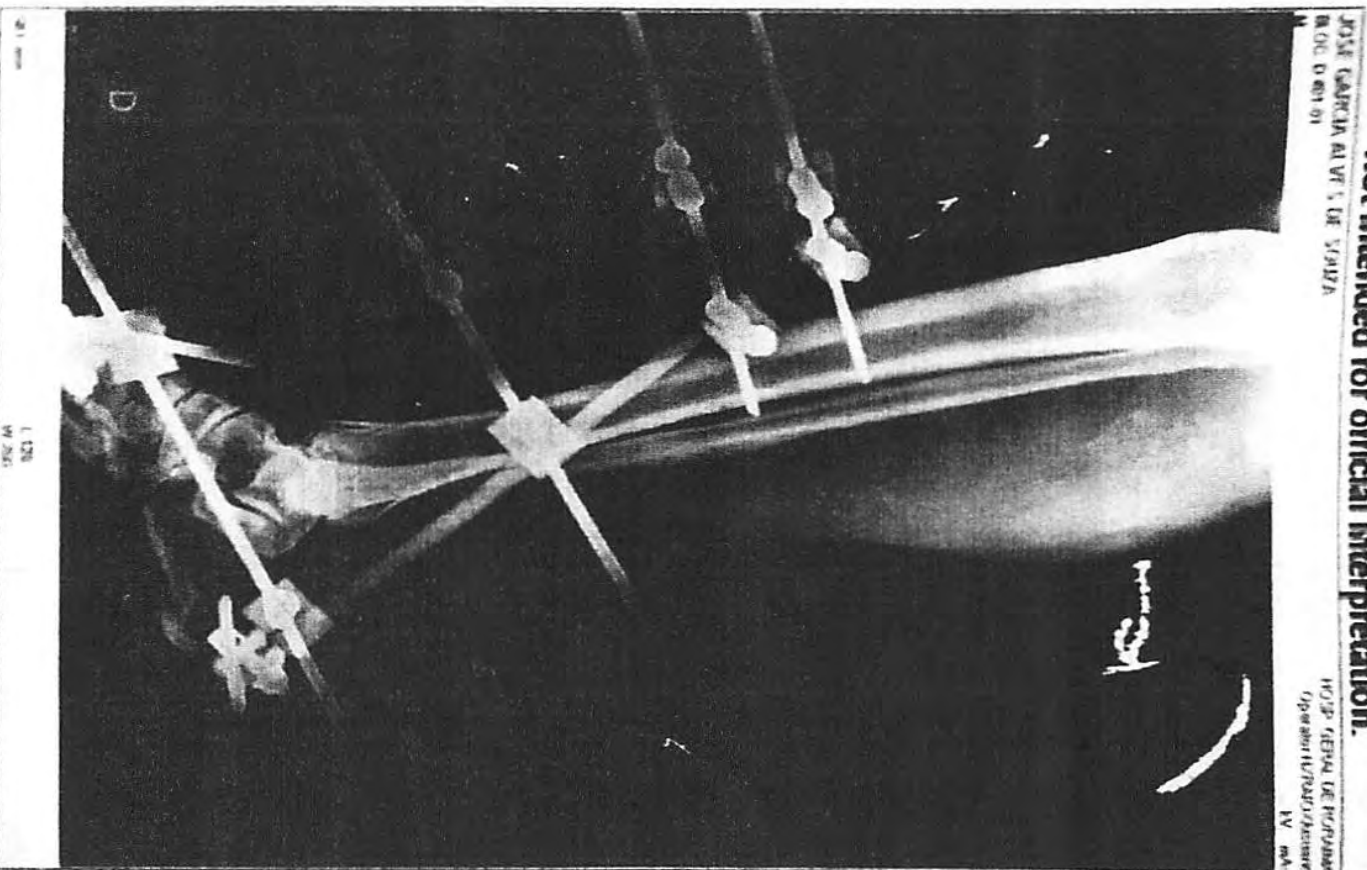
Not intended for official interpretation.



Not intended for official interpretation.



Not Intended for official interpretation.





Not intended for official interpretation.

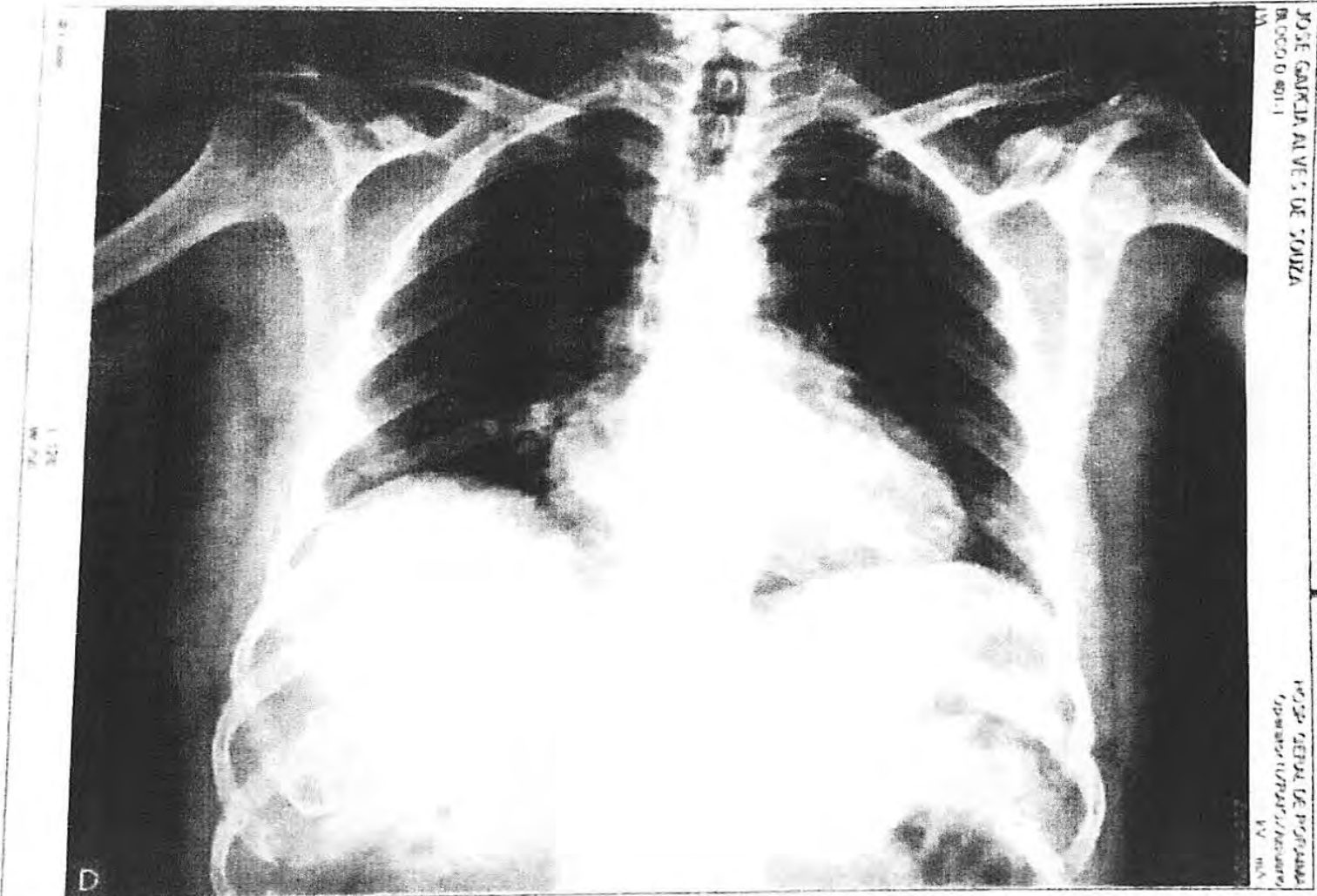
JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA
PACS-44497708



Not intended for official interpretation.

JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA
RCCO 0 401.1

JOSE GARCIA DE SOUZA
Advogado (OAB/SP/123456789)
V. 1.0





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, c/c

Proceder a revisão e reavaliar
o tratamento oferecido
de acordo com a situação
atual.

Dr. Sérgio de Souza

Assinatura do Capitão

CLÍNICA ESPECIALIZADA CONDOMÍNIO
Rua General Pinheiro - Condomínio Villa Hill
CEP: 08.201-150 - CHOF: 04.013.4030001-70



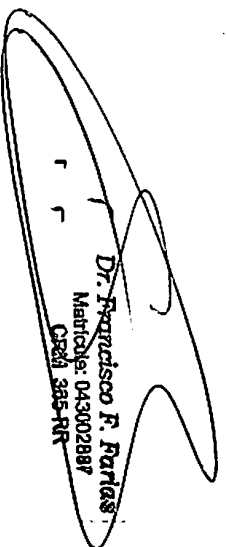
DR. FRANCISCO FERREIRA DE FARIAS JÚNIOR - CRM 365/RR
Av. Nossa Senhora da Consolata 597 - CEP 69.300-000 - Boa Vista/ RR
Fone: (95) 98111 7525 - E-mail: fariasrr2005@gmail.com

laudo médico

Sr. João Jorge Alves da Silva, C.I 356322-7 SSP/RR
natureza de acidente de moto, com diagnóstico de fratura exposta
de tornozelo direito, conforme ficha de atendimento 1901143776,
de 03/06/19 do P.S. Fc e Elabto. Foi realizado tratamento com
gipsos entre a fratura. Atualmente percebeu com
edema de tornozelo, mobilidade - direita. Apresenta
limitação para flexão, hiperextensão e rotação interna e externa de
tornozelo direito. Apresenta a mobilidade ativa e passiva
durante exame clínico.

Conclusão: Iniciando com regime fisioterapêutico
permanente de membros inferiores 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)



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese do Enfermagem: GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

COUSÃO COMO MOTO - PACIENTE MOTORISTA COM TRAUMA EM TORAX E D.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Dr. Wagner Brummer Médico Especialista em Traumatologia

Condição

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelar ☐ Internação ☐ Transferência para:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML An: ☐ Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Dr. Jorge Barros Freitas Médico

Assinatura do Médico

Impresso por: waldemar.stocker

Data Hora: 03/08/2019 12:57:01

10.102.5.252:8888/ISA/4/1/OC/0001/AC9-4106F-AFD8-122102C12A07.html

1/1

Ortopedia

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

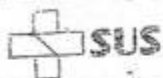
Lesão em parte menor

da fíbula TNE (D)

Adi. Ao Centro Cirúrgico

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

alt: 09/08/19



Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

João Carlos Alves de Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

174379

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7012009348349385

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/01/67

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Albertina Alves de Souza

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Av. Jardim 63, Cidade Satélite

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RR

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente com quadro exposto de pilão frid D

18 - MOTIVO DA INTERNAÇÃO

A Pilão

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

RX + exame físico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

fr exposto de pilão frid D

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Amputação

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

25 - DOCUMENTO 28 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0408030543

5823

1299

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

3/8/19



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

52^{da}

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

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

INSTRUMENTADOR(A)

ENFERMEIRA CHEFE

Gabriela

Aline

FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS

CIRCULANTE DE SALA

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB- TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 3.6.19 O.S. _____

Jose Garcia Alves
de Souza

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura exposta de pé distal

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Rogério

1º aUXILIAR: Paulo

2º AUXILIAR: Augusto

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em JPH sob sedação leve.
 - 2) Anestesia e Analgesia.
 - 3) Colocação de campo estéril + um controle de 5x0,9%.
 - 4) Fratura de fêmur e redução com pino de Shanz, tipo delta, com controle radiográfico.
 - 5) Sutura com vicril 2,0
 - 6) Curativo
 - 7) Ao RPA
- coloc. vicral de Dr. Rogério

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Paralela dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA

0310619

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

- Minoxidil 2 mg @
- Ranitidil 50 mg @

Nº

RUB-11

AGENTES

N 20

02

LIQUIDOS
VENOSOS

J

M

S

E

17

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

DA

X

38

ULSO

36

ANES

X

32

OP

O

30

TEMP

120

ASPIR.

A

80

RESP

O

40

20

Export

Assist

Centro

SIMBOLOS

A X @

A O X B @

AGENTES

A Propofol 0.5% 10 mg

DOSES

10 mg

TECNICA

PARALAMISTOSIA hipot-
Bócio Lomban L3-L4
via microinjeção CI A6
desintox 2.5 G - Ventilação
C-S2/W/1mm

ANOTAÇÕES

- X - Check list: monitorização vital, constantes, sangs, pressão
- 1 - 02 sob em dl/1 min
- 2 - Aspirado e Antecorpiu no lomban
- 3 - Bloqueio CI Paravertebral lomban L3-L4 Neu 2.5%
- 4 - Injeção Dorsal 2.5% (10 ml)
- 5 - 2/5 rpm

GLICOSE LIQUIDOS

NDC

SANGUE

SF 0.9% 2000

TOTAL 2000 ml

OPERAÇÃO

Fixação sistema de

Tomozelo (pilco) direito

ANESTESIA

Paralôm / José RZ

CODIGO

CIURGIÃO

Paralôm / Augusto

PERDA SANGUINEA

compensar

Dr. Alberto P. de Oliveira
Anestesiologista

401-1

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				HGR Hospital Geral de Roraima
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
		PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE		JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO		FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D				
ALERGIAS		HAS		DM2		
IDADE		LEITO		DATA		
52		401-1		08/08/2019		
ITEM	HORÁRIO					
1	DIETA LIVRE					
2	AVP					
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N					
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N					
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N					
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6					
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12					
12	SSVV + CCGG 6/6H					
13	CURATIVO DIÁRIO					
14						
15						
16						
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120/70	70	20	36
17-18 H	130/76	84	39	35.92
24 H	130/94	86	20	35.6

06 100/100 77 21 362

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

T-505

Blanco 02
Maca 02

~~405-1~~ 405-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE <i>Jose Carlos Alves de Souza</i>				
AGNÓSTICO <i>fr de João Paulo D.</i>				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	DATA	3/8/19
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			Manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			18:00 06/12
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			06:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM			18:00 14
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			SN
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			18:00 06/12
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H			Suspensão
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H			SUSP
12	<i>Gentamicina 240mg EV 1x ao dia</i>			<i>06</i>
13				
14				
15				
16	CAPTOPRIL 25 mg VO-SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H			18:00 06/12
18	CURATIVO DIÁRIO			<i>Dr. Augusto Realizante</i>
19				
20				
21				

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

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

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

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

~~405-1~~ 405-1



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

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

Risco
Médio

Lucirene de Lima Campos
ENFERMEIRA
COREN/RJ 254.349

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

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

ANTES DA INCISÃO

Anestesiologista: FabianoCirurgião: (Sala Operatória)

PACIENTE CONFORME:

☒ Identidade☒ Sítio Cirúrgico☒ Precedente☒ Sim () NãoCirurgião: (Sala Operatória)☒ Não se AplicaTipo de Anestesia: (Sala Operatória)☒ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

☒ CONFERIR PULSO NO PACIENTE EM☒ PACIENTE POSSÍVEL☒ Sim, Quant: (Sala Operatória)

ÁREA DE RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não se aplica

VOLUME DE SANGUE EANGUÍNEA > 500 ml

☒ Não☒ Sítio e técnica cirúrgica adequados e planejamentoDr. Alberto J. M. Henriques
Anestesiologista
Cirurgião

Cirurgião

3. 8. 11

Assinatura

Hora:

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 INSTRUMENTOS

CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS

☒ Sim () Não () Não se Aplicam

3. COMO A AMOSTRA PARA ANÁLISE

PATOLOGICA ESTÁ IDENTIFICADA

☒ Sim () Não () Não se Aplicam

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO

☒ Sim () Não

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A

EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM

PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A

RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

☒ Sim () Não () Não se Aplicam

Sala de Operações - 21341-14

Assinatura e Carimbo

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			HGR Hospital Geral de Roraima
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
	PRESCRIÇÃO MÉDICA			

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
------------------	-----	----

PACIENTE	JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA
----------	----------------------------

DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D
-------------	---------------------------

ALERGIAS	HAS	DM2
----------	-----	-----

IDADE	52	LEITO	401-1	DATA	09/08/2019
-------	----	-------	-------	------	------------

ITEM		HORÁRIO
------	--	---------

1	DIETA LIVRE	
---	-------------	--

2	AVP	
---	-----	--

3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
---	---	--

4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N	
---	-------------------------------	--

5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N	
---	---------------------------------------	--

6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N	
---	----------------------------------	--

7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N	
---	------------------------	--

8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
---	---	--

9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
---	---	--

10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6	
----	--	--

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

12	SSVV + CCGG 6/6H	
----	------------------	--

13	CURATIVO DIÁRIO	
----	-----------------	--

14		
----	--	--

15		
----	--	--

16		
----	--	--

	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),	
--	--	--

	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;	
--	---	--

	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE	
--	---	--

	50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	
--	-----------------------------------	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUTA; MANTIDA

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

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

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

401-1

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HER Hospital Geral de Roraima	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO		FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		DATA		04/08/2019	
ITEM		HORÁRIO					
1		DIETA ORAL LIVRE					
2		AVP					
3		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
4		TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N					
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N					
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N					
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10		CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6					
11		CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12					
12		SSVV + CCGG 6/6H					
13		CURATIVO DIÁRIO					
14							
15							
16							
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUZIDA; MANTIDA

SINAIS VITAIS

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

Dr. Jesus da Silva Aguiar
CRM-RR 566

04

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

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



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

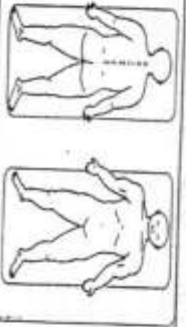
Paciente:

José Garcia Alves

Leito:

401.1

Data: 08/08/19

Localização		Região: <u>M. I. D.</u> Grau: I () II (X)		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: <u>F.O.</u>	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____		
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____ (X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		
Pele Perilesional	() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento (X) Serossangüíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossangüíneo () Seco () Outro: _____		
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco		
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%		
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____		
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	<u>Patricia N. Viana</u> Auxiliar de Enfermagem COBEN-RR 443.709	<u>Jucilene Moreira</u> Auxiliar de Enfermagem COBEN-RR 453.504		
Observações:	<u>Leito 401.1</u> 			

2401-1 *du*
Norte

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
	PRESCRIÇÃO MÉDICA		

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	52	LEITO	401-1	DATA	07/08/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA LIVRE				<i>SUB</i>
2	AVP				<i>monte</i>
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				<i>SA</i>
8	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6				<i>12:30 4:06</i>
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12				<i>08:20</i>
12	SSVV + CCGG 6/6H				<i>19:00</i>
13	CURATIVO DIÁRIO				<i>M</i>
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	110x83	84	17	35.5
18 H	138x79	80	18	36.8
24 H	133x77	90		35.9

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

OG 130/80 92 19mpm 36.1°C

Bloco D

405-1
405-1

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				HGR	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA							
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D							
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE 52		LEITO 401-1		DATA 04/08/2019			
ITEM		HORÁRIO					
1 DIETA ORAL LIVRE		S/N					
2 AVP		Monte					
3 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		S/N					
4 TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N		S/N					
5 DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N		12/18/24/06					
6 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N		06/06					
7 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		S/N					
8 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		S/N					
9 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		14/22/06					
10 CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6		12/18/24/06					
11 CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12		Suspensão					
12 SSVV + CCGG 6/6H		12/18/24/06					
13 CURATIVO DIÁRIO		Rebiger					
14							
15							
16							
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140x89	83	-	36
18 H	150x96	84	-	36,1
24 H	140x90	92	19 respir	35,9°C

06h 140x80 89 19 respir 36,1°C

Dr. Fernando Rezende
Médico Ortopedista

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

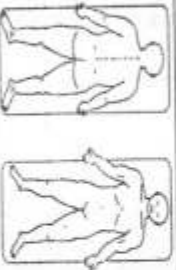
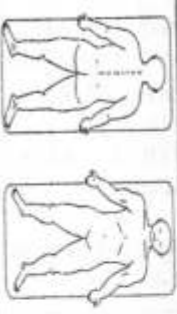
Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Jose Garcia Alves
Leito: 401.1

Data: 07/08/2019

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

201-1

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
	PRESCRIÇÃO MÉDICA			

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	52	LEITO	401-1	DATA	09/08/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SMS
2	AVP				manhã
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				SN
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				12/8 24/08
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12				22/08
12	SSVV + CCGG 6/6H				folha
13	CURATIVO DIÁRIO				M
14	folha curativo PPO Clinum				
15	por Contar				
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	EC	FR	
12 H	100/61	73	90	36,4°C
18 H	104/90	88	119	35,9°C
24 H	134/91	72	58	36,5°C

00 104/65 93 72 36,2°C

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

401-1

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Bloco: D	Data: 09/08/19	Enfermaria: 401	Leito: 01
Nome Completo: Jane Garcia Alves de Sousa		DN: / /	Sexo: ☐ F ☒ M
Hipótese Diagnóstica:			
Isolamento ou Precaução: ☐ Sim ☒ Não ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Gotícula - aerossol ☐ Gotícula - perdigotos			
Alergia: ☐ Sim ☒ Não Qual (is):			
Necessidade de Intérprete? ☐ Sim ☒ Não Qual idioma:			
Possui acompanhante: ☒ Sim ☐ Não Obs:			
Deambulação: ☒ Normal ☐ Sem deambulação ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Fraca ☐ Comprometida/cambaleante			
SISTEMA NEUROLÓGICO ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Sedado ☐ Torpido ☐ Comatoso ☐ Agitado ☐ Reage a estímulos ☐ Não reage		SISTEMA CARDIOVASCULAR ☒ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico BC: 13x8 ☒ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso PA: 13x8 ☐ Pulso Cheio ☐ Filiforme ☐ Arritmico Pulso:	
PUPILAS ☐ Fotorreagente ☐ Mioticas ☐ Midriáticas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não reagentes		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL ☒ VO ☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE ☐ GTT ☐ NPT Aceitação da dieta: ☒ Sim ☐ Não ☐ Parcial Evacuações: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Colostomia ☒ Normal ☐ Diarreia ☐ Constipação ☐ Melena Flatos: ☐ Presente ☐ Ausente	
REGULAÇÃO TÉRMICA ☒ Afebril ☐ Hipotérmico ☐ Hipertérmico ☐ Febril ☐ Febre ☐ Pirexia ☐ Hiperpirexia		REGULAÇÃO ABDOMINAL ☐ Normotenso ☐ Distendido ☐ Globoso ☐ Flácido ☐ Ascítico ☐ Maciço ☐ Timpânico Ruídos Hidroaéreos: ☐ Presente ☐ Ausente Visceromegalias: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ Sim ☐ Não	
CARACTERÍSTICAS DA PELE ☒ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada ☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Hiperacorada ☐ Anictérica ☐ Ictérica ☐ Cianótica ☐ Acianótica ☐ Edema Local: Úlcera por pressão: ☐ Sim ☐ Não Região: Curativo realizado: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ SIM ☐ NÃO		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ Anúria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ Disúria ☐ Colúria ☐ Hematúria ☐ Cistostomia ☐ Irrigação contínua ☐ Uropen	
SISTEMA RESPIRATÓRIO ☒ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☐ Ar ambiente ☐ Traqueostomia Oxigenoterapia: ☐ Sim ☐ Não Qual:			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Cateter Periférico: ☐ Sim ☐ Não Local: 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 ☐ SOG ☐ SNE ☐ SOE ☐ GTT Dreno de: Aspecto da secreção: Quantidade: Cateter Vesical: ☐ Sim ☐ Não Data da instalação: Trocar em: Prótese: ☐ Sim ☐ Não Tipo: Local:			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
☐ Deglutição Prejudicada ☐ Risco de infecção ☐ Risco de nutrição desequilibrada ☐ Risco de glicemia instável ☐ Risco de desequilíbrio do volume ☐ Volume de líquidos excessivo ☐ Volume de líquidos deficiente		☐ Padrão respiratório inefaz ☐ Ventilação espontânea prejudicada ☐ Mobilidade física prejudicada ☐ Risco de integridade da pele prejudicada ☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ☐ Padrão de sono prejudicado ☐ Déficit no autocuidado para Higiene	
☐ Risco de Lesão por Pressão ☐ Risco de Quedas ☐ Risco de Broncoaspiração ☐ Eliminação urinária prejudicada ☐ Risco de constipação ☐ Comunicação deficiente			
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda Não 0 Sim 25		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado Não 0 Sim 20	
2. Diagnóstico Secundário Não 0 Sim 15		5. Marcha/Deambulação Normal/Sem deambulação/Acamado 0 Fraca 10 Comprometida/Cambaleante 20	
3. Auxílio na Deambulação Nenhum/Acamado/Auxiliado 0		6. Estado Mental Orientado/limitado/conhece as limitações 0 Supereestima capacidade/Esquece limitação 15	
Muleta/Bengala/Andador: 15 Mobiliário Parede 30			
TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24		Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45	
Prescrição para prevenção de queda no verso			



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

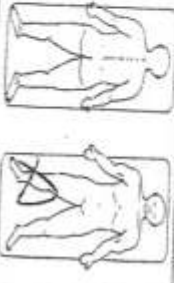
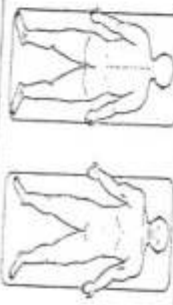
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

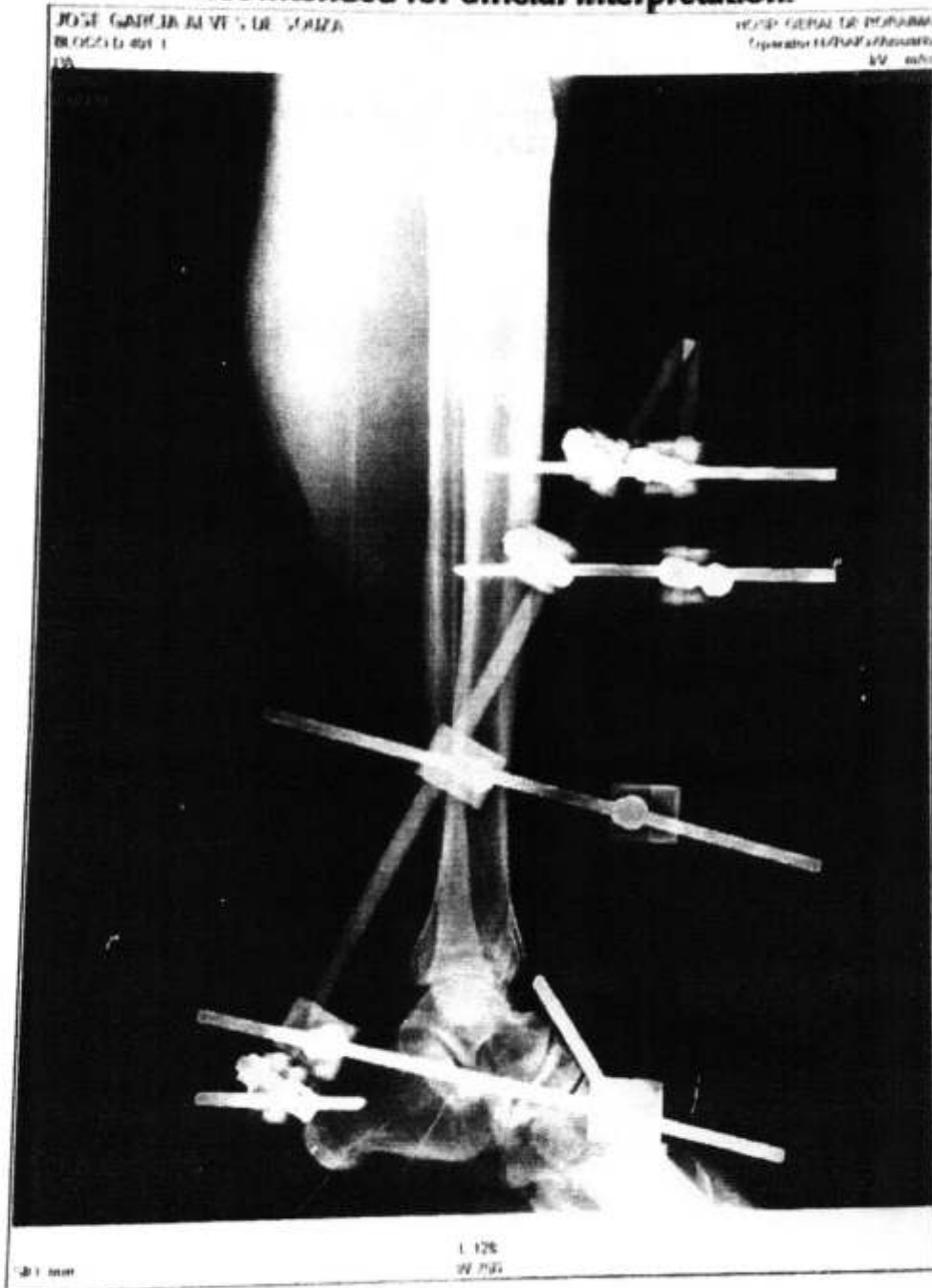
Paciente: Jose Garcia

Leito: 404-1

Data: 06/08/19

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

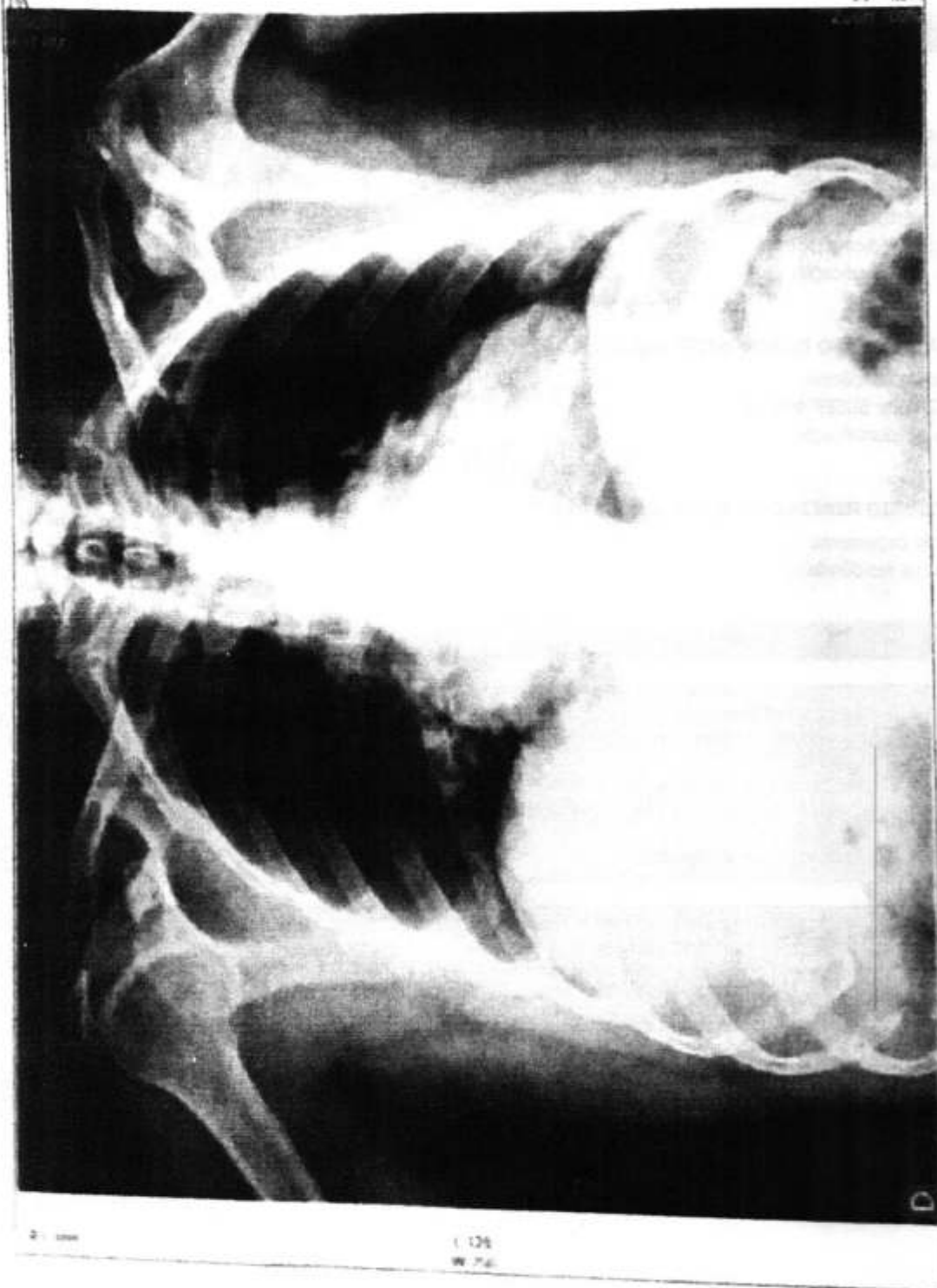
Not intended for official interpretation.



Not intended for official interpretation.

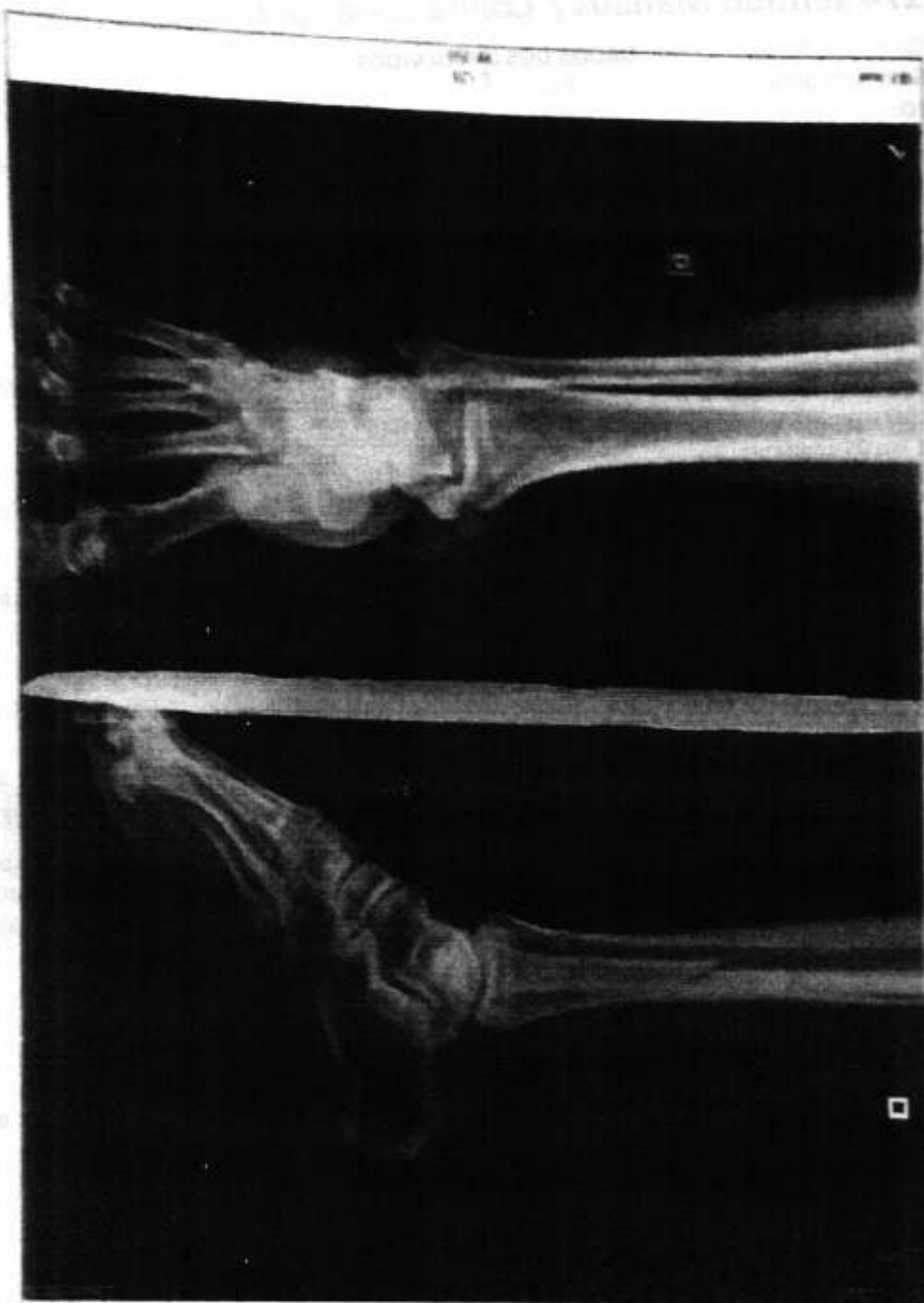
JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA
BL00010401.1

HOSP. GERAL DE PONTA GROSSA
Exames: TUPAT's / RESUMEN
EX. 10401.1



Not intended for official interpretation.





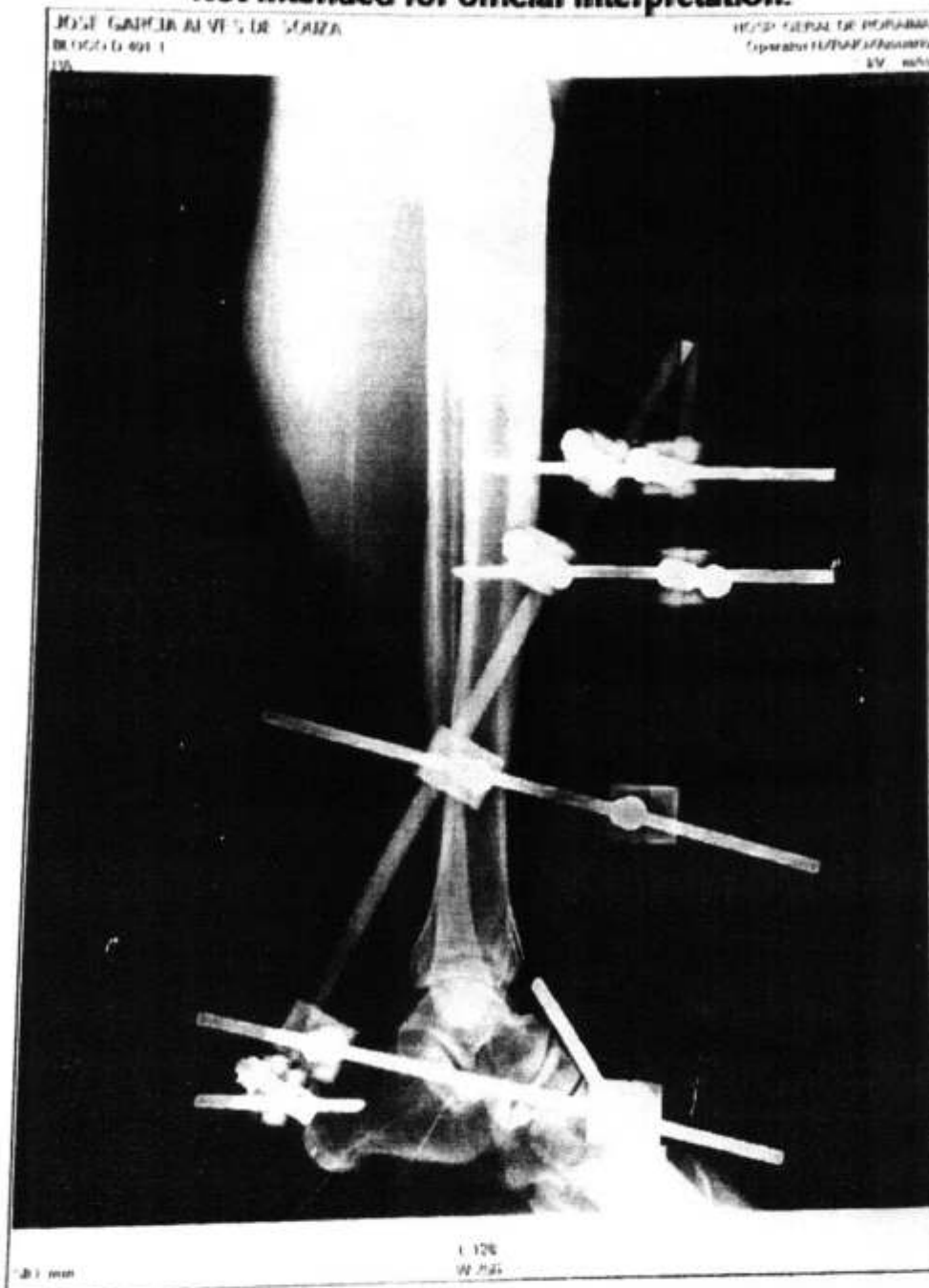
Not Intended for official interpretation.

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

0005-6407/78

WOSP - SERVIÇO DE RADIOLÓGIA
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

Not intended for official interpretation.



Not intended for official interpretation.

JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA
BL00010401.1

HOSP. GERAL DE PONTA GROSSA
Laboratório (LUPA) / Radiologia
R.V. - m. 4.1



21. 0000

1 128
100 128

D

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese do Enfermagem: GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

COUSÃO COMO MOTO - PACIENTE MOTORISTA COM TRAUMA EM TORAX E D.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

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

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

Paracetamol 500mg 1 comprimido a cada 6h
Dorax 100mg 1 comprimido a cada 6h
Clonazepam 0,5mg 1 comprimido a cada 6h

Dr. Wagner Brummer Médico - Traumatologia

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: ☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: CDr. Jorge Barros Freitas Médico

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

10.102.5.252:8888/ISA/4/1/OC/0001/AC9-4106F-AFD8-122102C12A07.html

1/1

Ortopedia

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

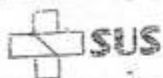
Lesão em parte menor

da fíbula TNE (D)

Adi. Ao Centro Unibic

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

alt: 09/08/19



Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

João Carlos Alves de Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

174379

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7012009348349385

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/01/67

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Albertina Alves de Souza

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Av. Jardim 63, Cidade Satélite

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RR

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente com quadro exposto de pilão frid D

18 - MOTIVO DA INTERNAÇÃO

A Pilão

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

RX + exame físico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

fratura exposta de pilão frid D

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Amputação

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0408030543

5823

11/8/19

46 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

52^{da}

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

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

INSTRUMENTADOR(A)

ENFERMEIRA CHEFE

Gabriela

Aline

FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS

CIRCULANTE DE SALA

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS

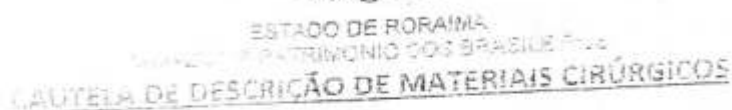
SUB- TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

Hospital Geral de Roraima (X)	Empresa ()	Dados Adicionais:
-------------------------------	-------------	-------------------

MÉDICO CIRURGIÃO: Rogério Dias

1º AUXILIAR: Res. Pablo

INSTRUMENTADOR:

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



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 3.6.19 O.S. _____

Jose Garcia Alves
de Souza

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º aUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

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

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Paralela dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

JOSÉ GARGA ALVES DE SOUZA

0310619

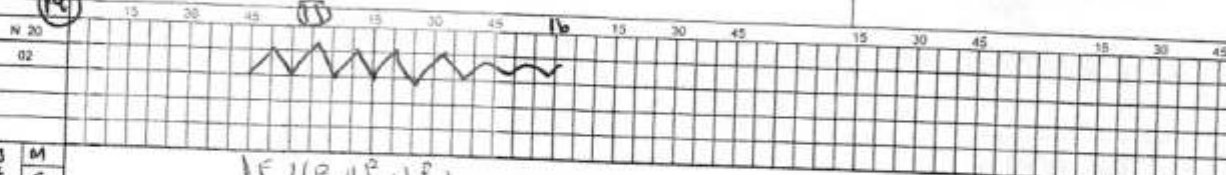
PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

- Minoxidil 2 mg @
- Ranitidil 50 mg @

Nº

RUB-11

AGENTES



LIQUIDOS VENOSOS

J
E
C
M
E
17

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

DA

°C

240

X

38

220

ULSO

36

200

ANES

34

180

X

32

160

OP

30

140

O

120

TEMP

100

ASPIR.

80

A

60

RESP

40

O

20

Export

Assist

Centro

SÍMBOLOS

A X @

A O X B @

AGENTES

A Propofol 0.5% 10 mg

DOSES

10 mg

TECNICA

PARALAMISTOSIA hipot-

BARILLO lombas L3-L4

VIA INTRATECA C1 A6

desmido 2.5 G - VENTURA

C-50/10mm

ANOTAÇÕES

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

1 - 0.5 sob em 10/10h

2 - Aspirado e Anticoagulante no lombas

3 - Bloqueio C1 PARALAMISTOSIA lombas L3-L4 Nível 2.5g

4 - Injeção Desmido 2.5g (10.4)

2/5/1994

GLICOSE

LIQUIDOS

NDC

SANGUE

Cânula - Nasal / Oro Faringea

Naso / Orofaringea - Cego

Bal - Tampa - Calibre da Tuba

Suporte Mascara

Dificuldade Técnica

em 10/10h

100

TEMPO DE ANESTESIA

01:15h

OPERAÇÃO

Fixação do fêmur de

Tomazelo (Pilo) Direito

ANESTESIA

Paralôm / José RZ

CODIGO

QUIRURGIA

Paralôm / Desmido

PERDA SANGUINEA

compensar

Laringe - Espasmo - Excesso Secre

Depressão Respiratória - Hipoxia

"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Arritmia

Braditardia - Choque

Dr. Alberto P. de Oliveira
Anestesiologista

401-1

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				HGR Hospital Geral de Roraima
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
		PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE		JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO		FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D				
ALERGIAS		HAS		DM2		
IDADE		LEITO		DATA		
52		401-1		08/08/2019		
ITEM	HORÁRIO					
1	DIETA LIVRE					
2	AVP					
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N					
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N					
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N					
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6					
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12					
12	SSVV + CCGG 6/6H					
13	CURATIVO DIÁRIO					
14						
15						
16						
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120/70	70	20	36
17-18 H	130/76	84	39	35.92
24 H	130/94	86	20	35.6

06 100/100 77 21 362

Dr. Fernando Rezende
Médico Responsável Ortopedia e Traumatologia

Carimbo 2017

401-1

Blanco 02
Maca 02

405-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE <i>Jose Carlos Alves de Souza</i>				
AGNÓSTICO <i>fr de João Paulo D.</i>				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	DATA	3/8/19
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			Manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			18:00 06/12
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			06:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM			18:00 14
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			SN
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			18:00 06/12
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H			Suspensão
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H			SUSP
12	<i>Gentamicina 240mg EV 1x ao dia</i>			
13				
14				
15				
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H			18:00 06/12
18	CURATIVO DIÁRIO			Dr. Augusto Realizante
19				Médico Residente
20				Ortopedia e Traumatologia
21				GRUPO 1004

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

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

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

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

405-1



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

Bloco: _____ Data: 08/08/19 Enfermaria: 401 Leito: 1

Nome Completo: Jose Gonçalo Alves de Sousa Sexo: ☐ F ☒ M

Hipótese Diagnóstica: Alzheimer MJD e fratura extensa

Isolamento ou Precaução: ☐ Sim ☒ Não ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Gotícula - aerossol ☐ Gotícula - perdigotos

Alergia: ☐ Sim ☒ Não Qual (is): _____

Necessidade de Intérprete? ☐ Sim ☒ Não Qual idioma: _____

Possui acompanhante: ☒ Sim ☐ Não Obs: e/ Moleto

Deambulação: ☐ Normal ☐ Sem deambulação ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Fraca ☒ Comprometida/cambaleante

SISTEMA NEUROLÓGICO

☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Desorientado
☐ Sedado ☐ Torpido ☐ Comatoso
☐ Agitado ☐ Reage a estímulos ☐ Não reage

PUPILAS

☒ Fotorreagente ☐ Mióticas ☐ Midríaticas
☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

☒ Afebril ☐ Hipotérmico ☐ Hipertérmico
☐ Febril ☐ Febre ☐ Pirexia
☐ Hiperpirexia

CARACTERÍSTICAS DA PELE

☒ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada
☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Hiperacorada
☒ Anictérica ☐ Ictérica ☐ Cianótica
☐ Aclanótica ☐ Edema Local: _____
Úlcera por pressão: ☐ Sim ☒ Não
Região: _____

Curativo realizado: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ SIM ☒ NÃO

SISTEMA CARDIOVASCULAR

☒ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico BC: _____
☒ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso PA: _____
☒ Pulso Cheio ☐ Filiforme ☐ Arritmico Pulso: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

☒ VO ☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE ☐ GTT ☐ NPT
Aceltação da dieta: ☒ Sim ☐ Não ☐ Parcial
Evacuações: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Colostomia
☒ Normal ☐ Diarreia ☐ Constipação ☐ Melenas
Flatos: ☒ Presente ☐ Ausente

REGULAÇÃO ABDOMINAL

☒ Normotenso ☐ Distendido ☐ Globoso ☐ Flácido
☐ Ascítico ☐ Maciço ☐ Timpânico
Ruídos Hidroaéreos: ☒ Presente ☐ Ausente
Visceromegalias: ☐ Sim ☒ Não FO: ☐ Sim ☐ Não

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

☒ Espontânea ☐ SVD ☐ Anúria ☐ Oligúria
☐ Poliúria ☐ Disúria ☐ Colúria ☐ Hematúria
☐ Cistostomia ☐ Irrigação contínua ☐ Uropen

SISTEMA RESPIRATÓRIO

☒ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☒ Ar ambiente ☐ Traqueostomia
Oxigenoterapia: ☐ Sim ☒ Não Qual: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES

Cateter Periférico: ☒ Sim ☐ Não Local: MJD Data: 07/08/19 Trocar em: _____
Cateter Central: ☐ Sim ☒ Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____
Sinais de Infecção no sítio da punção: ☐ Sim ☒ Não
Sondas: ☐ Sim ☒ Não ☐ SNG ☐ SOG ☐ SNE ☐ SOE ☐ GTT ☐ Lavagem ☐ Sifonagem
Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____
Cateter Vesical: ☐ Sim ☒ Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____
Prótese: ☐ Sim ☒ Não Tipo: _____ Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

☐ Deglutição Prejudicada	☐ Padrão respiratório ineficaz	☐ Risco de Lesão por Pressão
☐ Risco de infecção	☐ Ventilação espontânea prejudicada	☒ Risco de Quedas
☐ Risco de nutrição desequilibrada	☒ Mobilidade física prejudicada	☐ Risco de Broncoaspiração
☐ Risco de glicemia instável	☒ Risco de integridade da pele prejudicada	☐ Eliminação urinária prejudicada
☐ Risco de desequilíbrio do volume	☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	☐ Risco de constipação
☐ Volume de líquidos excessivo	☐ Padrão de sono prejudicado	☐ Comunicação deficiente
☐ Volume de líquidos deficiente	☒ Déficit no autocuidado para Higiene	

Escala de Morse

1. Histórico de Queda	4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado
Não 0	Não 0
Sim 20	Sim 20
2. Diagnóstico Secundário	5. Marcha/Deambulação
Não 0	Normal/Sem deambulação/Acamado 0
Sim 15	Fraca 10
3. Auxílio na Deambulação	Comprometida/Cambaleante 20
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0	6. Estado Mental
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

Risco Médio
Lucirene de Lima Campos
ENFERMEIRA
COREN/RJ 254.349

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

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

ANTES DA INCISÃO

Anestesiologista: Felício

CIRÚRGICA (Sala Operatória)

PACIENTE CONFIRMADO:

☒ Identidade☒ Sítio Cirúrgico☒ Procedimento☒ Sim () Não

CIRÚRGICA

☒ Não se Aplica

ITEM EM RISCO

☒ Não () Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

☒ CONFERIR PULSO NO PACIENTE EM

PACIENTE POSSÍVEL

☒ Sim, Quant

RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não

VOLUME DE SANGUE > 500 ml

☒ Não

Cirurgia e anestesia adequadas e planejamento

Dr. Alberto J. M. Henriques

3, 6, 11

Assinatura

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

☒ Sim () Não

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

☒ Sim () Não () Não se Aplicam

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

☒ Sim () Não () Não se Aplicam

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☒ Sim () Não

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

☒ Sim () Não () Não se Aplicam

Assinatura e Carimbo

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

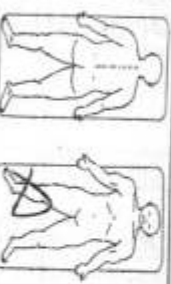
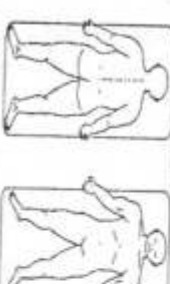
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Jose Garcia

Leito: 404-1

Data: 06/08/19

Localização		Região: <u>M10</u>		Região: _____
Etiologia	() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> ☒ Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	Grau: I () II ☒ 2	() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> () Ortopedia () Outro:	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Estacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ ☒ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		() Necrose: Amarela/Negra () Estacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso ☒ Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	() Molhado ☒ Umido () Seco		() Molhado () Umido () Seco	
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	☒ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☒ Outro: <u>Atc</u>		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	
Troca	() 12/12 ☒ Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<u>Bruna S. Pereira</u> Técnica de Enfermagem COREN-RR 818.356	<u>Berenice Sonia Carlos</u> Técnica de Enfermagem COREN-RR 387.072		
Observações:				

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			HGR Hospital Geral de Roraima
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
	PRESCRIÇÃO MÉDICA			

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
------------------	-----	----

PACIENTE	JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA
----------	----------------------------

DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D
-------------	---------------------------

ALERGIAS	HAS	DM2
----------	-----	-----

IDADE	52	LEITO	401-1	DATA	09/08/2019
-------	----	-------	-------	------	------------

ITEM		HORÁRIO
------	--	---------

1	DIETA LIVRE	
---	-------------	--

2	AVP	
---	-----	--

3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
---	---	--

4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N	
---	-------------------------------	--

5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N	
---	---------------------------------------	--

6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N	
---	----------------------------------	--

7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N	
---	------------------------	--

8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
---	---	--

9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
---	---	--

10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6	
----	--	--

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

12	SSVV + CCGG 6/6H	
----	------------------	--

13	CURATIVO DIÁRIO	
----	-----------------	--

14		
----	--	--

15		
----	--	--

16		
----	--	--

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA; MANTIDA

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

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

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

401-1

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HER Hospital Geral de Roraima	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE	JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA						
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D						
ALERGIAS	HAS		DM2				
IDADE	52	LEITO	401-1	DATA	04/08/2019		
ITEM							HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						5:00
2	AVP						manhã
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						2x
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N						SV
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N						
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA						
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N						
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6						
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12						
12	SSVV + CCGG 6/6H						
13	CURATIVO DIÁRIO						
14							
15							
16							
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUZIDA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
11:12 H	130x77	81	17	35.1
18 H	133x80	75	-	36.4
24 H	120/60	81	20	36.4

Dr. Jesus da Silva Aguiar
CRM-RR 566

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

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



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

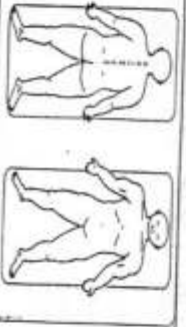
Paciente:

José Garcia Alves

Leito:

401.1

Data: 08 / 08 / 19

Localização		Região: <u>M. I. D.</u> Grau: I () II (X)		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: Tração ____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: <u>F.O.</u>	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ____ Tração ____ Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ____ Tração ____ Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ____ Tração ____ Fixador Externo () ortopedia () Outro:
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____ (X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Pele Perilesional	() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento (X) Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Assinatura de: <u>Patricia N. Viana</u> Assinatura de: <u>Patricia N. Viana</u> COFEN-RR 443.709		Assinatura de: <u>Jucilene Moreira</u> Assinatura de: <u>Jucilene Moreira</u> COFEN-RR 453.564	
Observações:	Assinatura de: <u>Patricia N. Viana</u> Assinatura de: <u>Patricia N. Viana</u> COFEN-RR 443.709			

2401-1 *du*
Norte

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
	PRESCRIÇÃO MÉDICA		

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	52	LEITO	401-1	DATA	07/08/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA LIVRE				<i>SUB</i>
2	AVP				<i>monte</i>
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				<i>SA</i>
8	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6				<i>12:30 4:06</i>
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12				<i>08:20</i>
12	SSVV + CCGG 6/6H				<i>19:00</i>
13	CURATIVO DIÁRIO				<i>M</i>
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	110x83	84	17	35.5
18 H	138x79	80	18	36.8
24 H	133x77	90		35.9

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

OGU 130/80 92 39mpm 36.1°C

Bloco D

405-1
405-1

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				HGR	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA							
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D							
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE 52		LEITO 401-1		DATA 04/08/2019			
ITEM		HORÁRIO					
1 DIETA ORAL LIVRE		S/N					
2 AVP		Monte					
3 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		S/N					
4 TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N		S/N					
5 DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N		12/18/24/06					
6 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N		06/06					
7 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		S/N					
8 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		S/N					
9 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		14/22/06					
10 CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6		12/18/24/06					
11 CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12		Suspensão					
12 SSVV + CCGG 6/6H		12/18/24/06					
13 CURATIVO DIÁRIO		Rebiger					
14							
15							
16							
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140x89	83	-	36
18 H	150x96	84	-	36,1
24 H	140x90	92	19 respir	35,9°C

06h 140x80 89 19 respir 36,1°C

Dr. Fernando Rezende
Médico Ortopedista

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

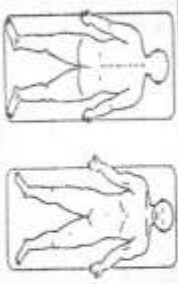
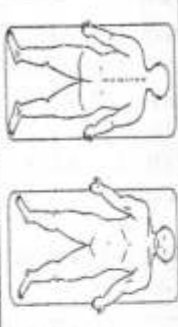
Atualizada: 12/2018

Paciente:

Leito: 401.1

Jose Garcia Alves

Data: 07/08 / 2019

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

201-1

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO		FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		52		LEITO		401-1	
ITEM						DATA	
						09/08/2019	
1		DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO	
2		AVP				SUS	
3		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				manhã	
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				SN	
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				12/8 24/08	
11		CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12				22/08	
12		SSVV + CCGG 6/6H				Folho	
13		CURATIVO DIÁRIO				M	
14		folha curativo pro Clinica					
15							
16		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	EC	FR	
12 H	100/61	73	90	36,4°C
18 H	104/90	88	119	35,9°C
24 H	134/91	72	58	36,5°C

00 104/65 93 72 36,2°C

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

401-1

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



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

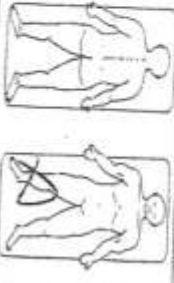
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

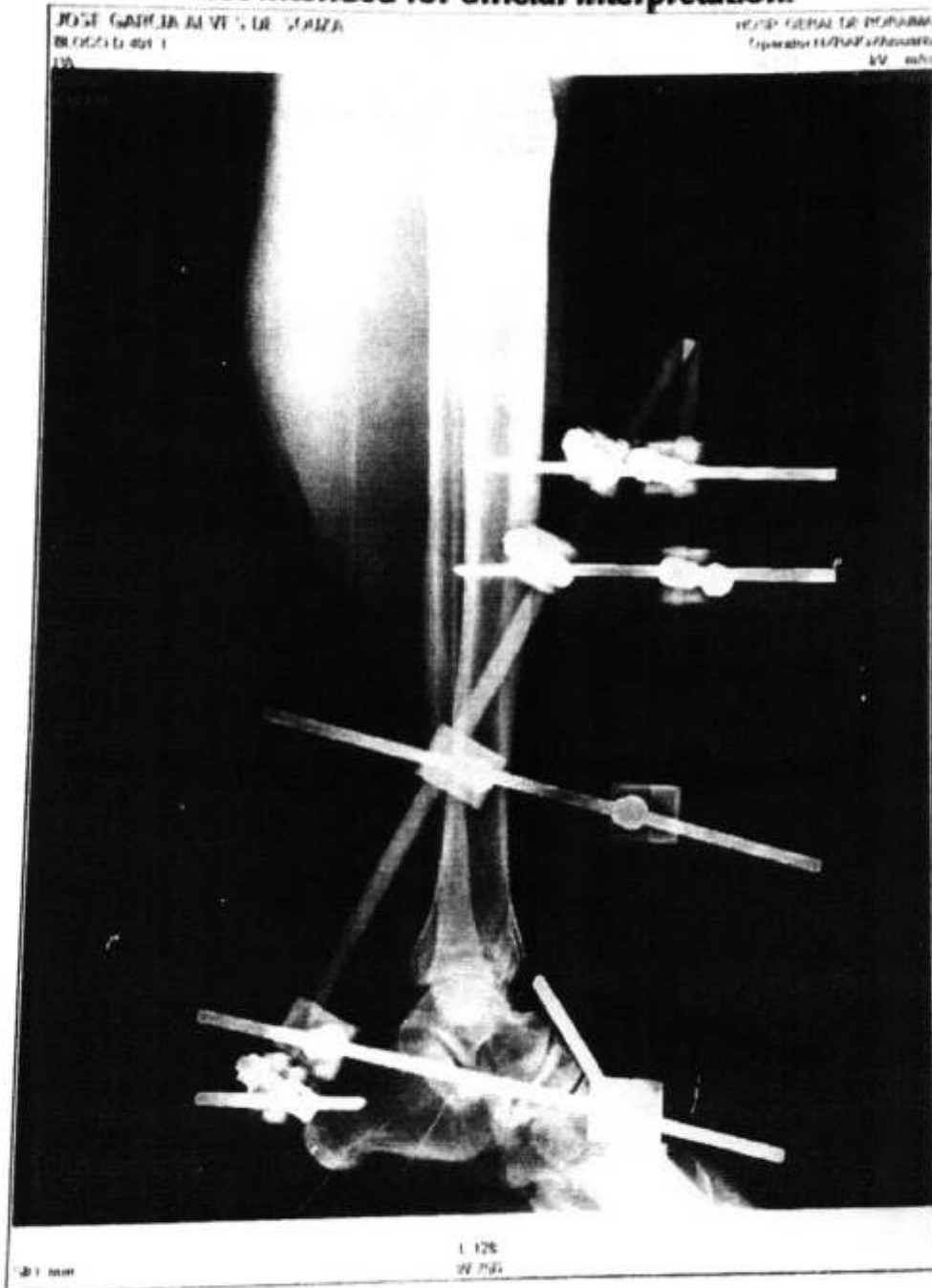
Paciente: JOSE CARCIA

Leito: 404-1

Data: 06/08/19

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

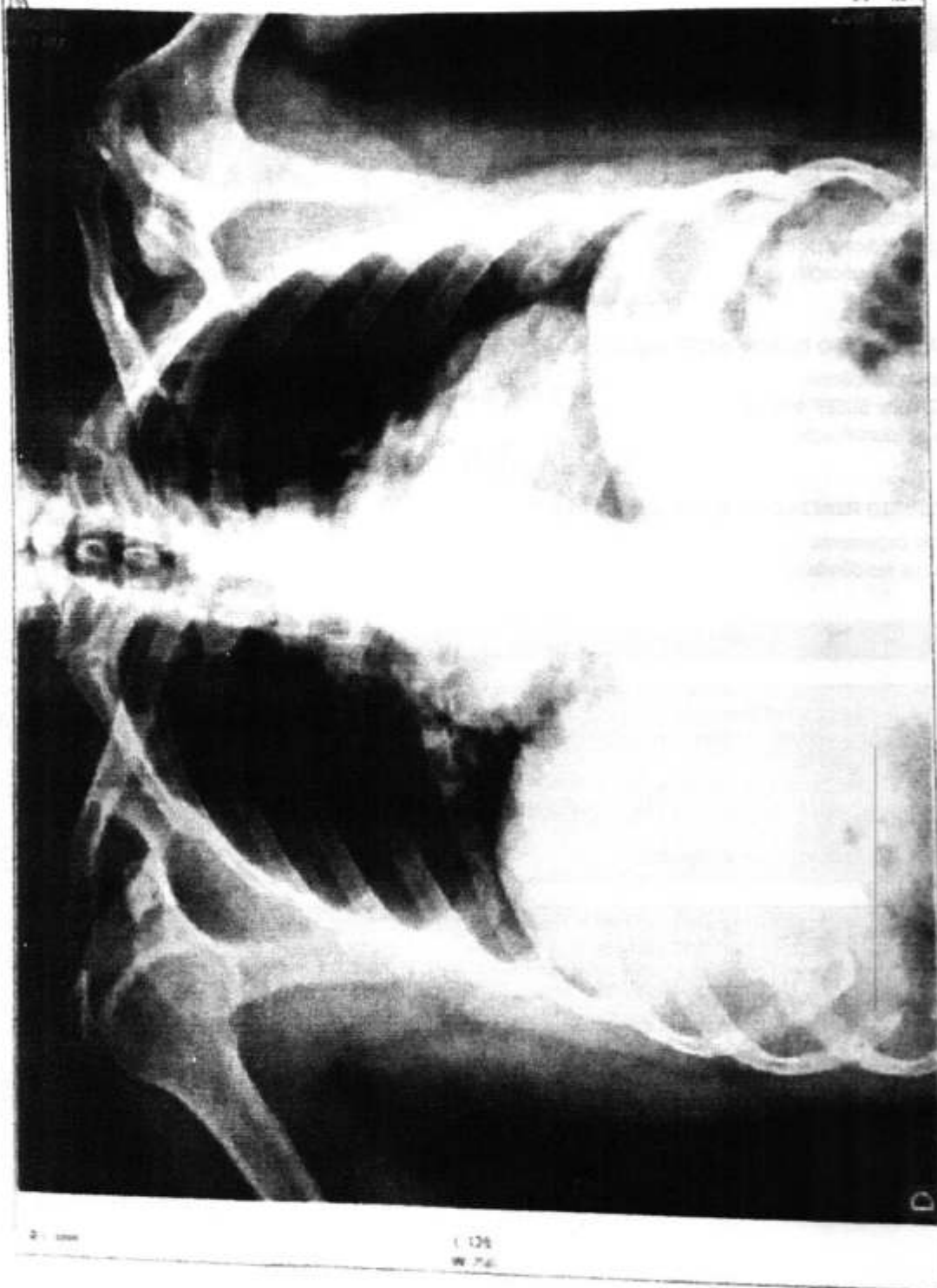
Not intended for official interpretation.



Not intended for official interpretation.

JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA
BL00010401.1

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



2 - 1000

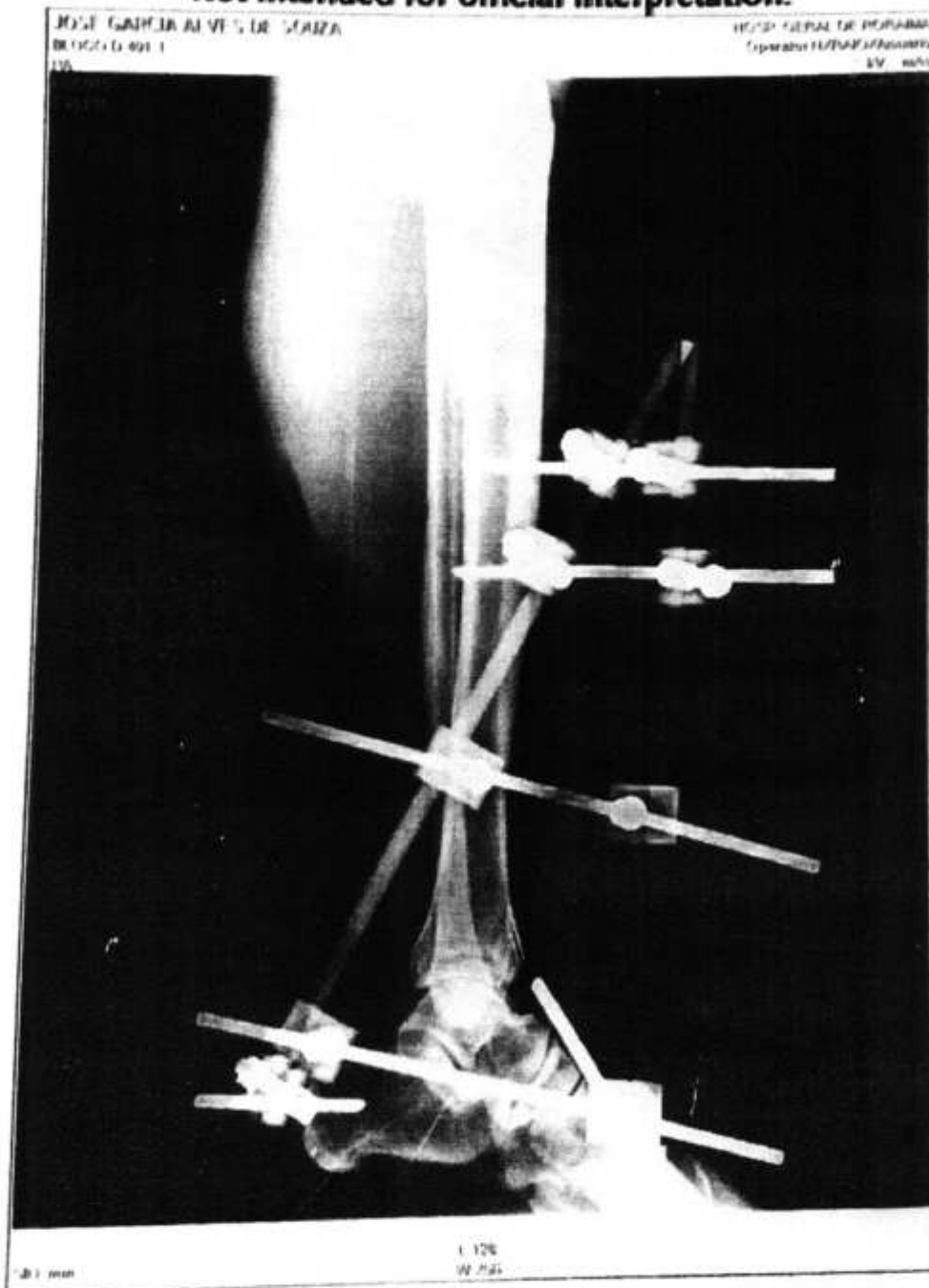
(126

99.746

Not intended for official interpretation.



Not intended for official interpretation.



Not intended for official interpretation.

JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA
BL00010401.1

HOSP. GERAL DE PONTA GROSSA
Laboratório (LUPA) / Radiologia
R.V. - m. 4-1



21 0000

1 128
100 128

D

ORTOPEDIA

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

Lesen Sie bitte immer

Die 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. (12)

Die 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. (12)

Dr. Marcus Brühler
Medizinische Fakultät
Orthopädie und Traumatologie
CH 1012 IRN

alto: 09/08/19

SUS Sistema Nacional de Saúde

B. D. BANDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

2 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

4 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

5 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

6 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

7 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

8 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

9 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

10 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

11 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

12 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

13 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

14 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

15 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

16 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

17 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

18 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

19 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

20 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

21 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

22 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

23 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

24 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

25 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

26 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

27 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

28 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

29 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

30 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

31 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

32 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

33 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

34 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

35 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

36 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

37 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

38 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

39 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

40 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

41 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

42 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

43 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

44 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

45 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

46 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

47 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

48 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

49 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

50 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

51 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

52 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

53 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

54 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

55 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

56 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

57 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

58 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

59 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

60 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

61 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

62 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

63 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

64 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

65 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

66 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

67 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

68 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

69 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

70 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

71 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

72 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

73 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

74 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

75 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

76 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

77 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

78 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

79 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

80 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

81 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

82 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

83 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

84 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

85 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

86 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

87 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

88 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

89 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

90 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

91 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

92 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

93 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

94 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

95 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

96 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

97 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

98 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

99 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

100 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

11 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

12 - NOME DO PACIENTE: João Carlos Alves de Souza

13 - DATA DE NASCIMENTO DO PACIENTE: 10/02/09

14 - SEXO DO PACIENTE: M

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE: Av. Jardim, 43, Cidade Satélite

16 - CID - DOENÇA DO PACIENTE: R10

17 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO: paciente com quadro agudo de ptao

18 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL: Dr. Filipe D.

19 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL: Dr. Filipe D.

20 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL: Dr. Filipe D.

21 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL: Dr. Filipe D.

22 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL: Dr. Filipe D.

23 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL: Dr. Filipe D.

24 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL: Dr. Filipe D.

25 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL: Dr. Filipe D.

26 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL: Dr. Filipe D.

27 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL: Dr. Filipe D.



BOLETIM OPERATÓRIO

Jose Garcia Rios
do Souza

Data: 3.5.19

OS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÃO S E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURSIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Incisão em JDH solo escarificado.
- 2) Anestesia e Alveoplastia.
- 3) Colocação do corpo estéril + controle.
- 4) Fixação de fratura e redução com
pino de Shang, tipo delta, com controle
radiográfico.
- 5) Sutura com vicil 2.0
- 6) Curativos
- 7) AO RPA

colaborador do Dr. Augusto

Dr. Augusto Francisco
Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1584



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

Endereço: Rua...	Especialidade: Ortopédia	Procedimento: Fixação Externa de Pêlo
Nome do Paciente: Jose Garcia Alves de Sousa	Nº de Procedimento: 1901143776	Data: 03.08.19
Diagnóstico: ...	Enfermagem: ...	Local: ...
MATERIAIS E EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO		

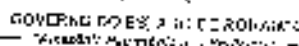
Descrição dos materiais/Serviço			
Hospital/Centro de Referência (X)	Empresa	Valor Adicional	
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID.	QUANT.
1	Item 01045 - Sistema de Fixação Ossa SARLOU - LENSEX TIBIA/FEMUR 100 - 1/2 TIER Fab: 08/01/2019 Val: 01/2024 Registro Anvisa Nº 809465011 Material ACO INOX ALTIMET Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.323/0001-10 - R. do Ceará, 567 Fon: +55 79 3338-1916 info@sartori.com.br	01	01
2	Item 010715 - Sistema de Fixação Ossa PINO INTRAMEDULAR OSSER - M X CX 4,5 X 200 XT Fab: 08/01/2019 Val: 01/2024 Registro Anvisa Nº 809465011 Material ACO INOX 616 Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.323/0001-10 - R. do Ceará, 567 Fon: +55 79 3338-1916 info@sartori.com.br	02	02

MÉDICO ORTOPEDIA: **Rogério Dias** 2º AUXILIAR: **Res. Pablo**

INSTRUMENTADOR: _____

Assinatura do Médico Ortopedia: _____

Dr. Alexandre Gonçalves de
Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.104



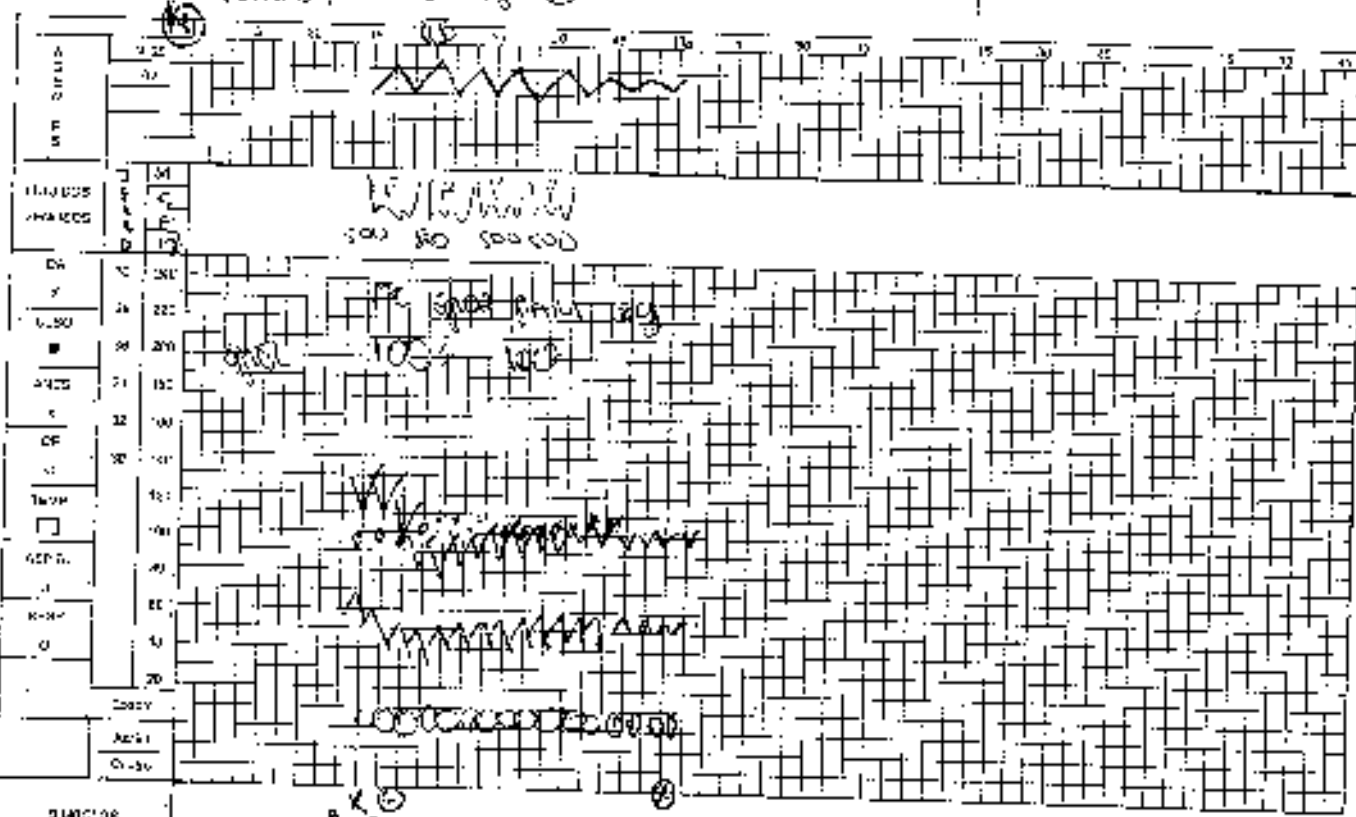
JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA

PRE-MEDICATION: DURING CODE-1050-1, 2, 3, 4

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

03/06/14

BUA-44



上 下 左 右

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	CHECK NO.	CHECK DATE
10/1/74	10/1/74	10/1/74	10/1/74	10/1/74
10/2/74	10/2/74	10/2/74	10/2/74	10/2/74
10/3/74	10/3/74	10/3/74	10/3/74	10/3/74
10/4/74	10/4/74	10/4/74	10/4/74	10/4/74
10/5/74	10/5/74	10/5/74	10/5/74	10/5/74
10/6/74	10/6/74	10/6/74	10/6/74	10/6/74
10/7/74	10/7/74	10/7/74	10/7/74	10/7/74
10/8/74	10/8/74	10/8/74	10/8/74	10/8/74
10/9/74	10/9/74	10/9/74	10/9/74	10/9/74
10/10/74	10/10/74	10/10/74	10/10/74	10/10/74
10/11/74	10/11/74	10/11/74	10/11/74	10/11/74
10/12/74	10/12/74	10/12/74	10/12/74	10/12/74
10/13/74	10/13/74	10/13/74	10/13/74	10/13/74
10/14/74	10/14/74	10/14/74	10/14/74	10/14/74
10/15/74	10/15/74	10/15/74	10/15/74	10/15/74
10/16/74	10/16/74	10/16/74	10/16/74	10/16/74
10/17/74	10/17/74	10/17/74	10/17/74	10/17/74
10/18/74	10/18/74	10/18/74	10/18/74	10/18/74
10/19/74	10/19/74	10/19/74	10/19/74	10/19/74
10/20/74	10/20/74	10/20/74	10/20/74	10/20/74
10/21/74	10/21/74	10/21/74	10/21/74	10/21/74
10/22/74	10/22/74	10/22/74	10/22/74	10/22/74
10/23/74	10/23/74	10/23/74	10/23/74	10/23/74
10/24/74	10/24/74	10/24/74	10/24/74	10/24/74
10/25/74	10/25/74	10/25/74	10/25/74	10/25/74
10/26/74	10/26/74	10/26/74	10/26/74	10/26/74
10/27/74	10/27/74	10/27/74	10/27/74	10/27/74
10/28/74	10/28/74	10/28/74	10/28/74	10/28/74
10/29/74	10/29/74	10/29/74	10/29/74	10/29/74
10/30/74	10/30/74	10/30/74	10/30/74	10/30/74
10/31/74	10/31/74	10/31/74	10/31/74	10/31/74

2- Green line: monitoring water, electricity, sewage, radiation

1. 01 5045 576 30/10/19

2 - assigned to subcategory
as known

3 - Indikator di Perencanaan dan
Implementasi Aspek 25%

21. $\frac{1}{2} \times 100 = 50\%$

⑤ 2/5 10/12

[illegible]

UNSUB: PIRELLA GEFERMO DE
COMUNICADO INTER. DIRITO

QUESTION: Proton | DATE: 12 | NAME: Raymundo

'NAME' = 'NAME' : NAME
 'AGE' = 'AGE' : AGE
 'SEX' = 'SEX' : SEX
 'MARITAL STATUS' = 'MARITAL STATUS' : MARITAL STATUS
 'RELIGION' = 'RELIGION' : RELIGION
 'EDUCATION' = 'EDUCATION' : EDUCATION
 'OCCUPATION' = 'OCCUPATION' : OCCUPATION
 'INCOME' = 'INCOME' : INCOME
 'CITY' = 'CITY' : CITY
 'STATE' = 'STATE' : STATE
 'ZIP' = 'ZIP' : ZIP
 'COUNTRY' = 'COUNTRY' : COUNTRY
 'RACE' = 'RACE' : RACE
 'ETHNICITY' = 'ETHNICITY' : ETHNICITY
 'RELIGION' = 'RELIGION' : RELIGION
 'EDUCATION' = 'EDUCATION' : EDUCATION
 'OCCUPATION' = 'OCCUPATION' : OCCUPATION
 'INCOME' = 'INCOME' : INCOME
 'CITY' = 'CITY' : CITY
 'STATE' = 'STATE' : STATE
 'ZIP' = 'ZIP' : ZIP
 'COUNTRY' = 'COUNTRY' : COUNTRY
 'RACE' = 'RACE' : RACE
 'ETHNICITY' = 'ETHNICITY' : ETHNICITY

1879-1900: 2000
1901-1920: 2000

Post 10.24h G1. Vt=0.
Cm=0.057 G-1

[Handwritten signature]

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

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

Nome Completo: Jox GARCIA ALVES DE SOUZA

História Clínica: Paciente MTD e fratura lateral

Exame de Procação: Não

Alergia: Sim Não

Necessidade de Injeção: Sim Não

Possui acompanhante: Sim Não

Desmatação: Não Sim Sem desmatação

Deleção de dados: Não Sim

SISTEMA NEUROLÓGICO

Consciente Orientado Desorientado

Sedado Torção Comatosa

Agitado Risco de estímulos Não (sege)

PUPILAS

Pericorôntica Mióticas Midríase

Isocóricas Anisocóricas Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

Afebril Hipotermia Hipertensão

Fébril Febre Fria

Hipotensão

CARACTERÍSTICAS DA PELE

Flácida Escarificada Ressecada

Normotensa Hipocorada Hipercorada

Anicótica Ictérica Caróteo

Edematosa Idema Local

Úlcera por pressão: Sim Não

Região: _____

Curativo realizado: Sim Não

RO: 15M Não

SISTEMA RESPIRATÓRIO

Epiglótico Bronquítico

Epiglótico Sim Não

Qual: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRIFIOS E PRÓTESES

Cateter Portátil: Sim Não

Cateter Drenar: Sim Não

Sinal de infecção no site de punção: Sim Não

Sonda: Sim Não

Dreno de: _____

Cateter Vascular: Sim Não

Prótese: Sim Não

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Definição Prejudicada

Risco de Lesão por Pressão

Risco de infecção

Risco de Lesão por Pressão

Risco de Lesão por Pressão

Risco de Lesão por Pressão

Risco de Lesão por Pressão

Risco de Lesão por Pressão

Risco de Lesão por Pressão

Risco de Lesão por Pressão

Risco de Lesão por Pressão

Risco de Lesão por Pressão

Risco de Lesão por Pressão

Risco de Lesão por Pressão

Risco de Lesão por Pressão

Risco de Lesão por Pressão

Risco de Lesão por Pressão

Risco de Lesão por Pressão

Risco de Lesão por Pressão

Risco de Lesão por Pressão

Risco de Lesão por Pressão

Risco de Lesão por Pressão

Risco de Lesão por Pressão

Risco
Medio

Caroline Lima Campos
ENFERMEIRA
CRM 254.549



GOVERNO DO ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE

José Garcia Alves de Sousa

APT OU LEITO

Nº DO PRONTUÁRIO

1901145776

DATA

03/10/2019

CIRURGIA

TIPO

Fixação Externa de Píleo

INICIO

14:50

FIM

15:48

TEMPO DE DURAÇÃO

TEMPO TOTAL

CIRURGIÃO

Dr. Rogerio Dias

EQUIPE MÉDICA

ANESTESISTA:

Dr. Fabiano

AUXILIAR

Res. Pablo

RES. ANESTESIA:

INSTRUMENTADOR

AUXILIAR

Res. Pedro / Res. Augusto

CIRCULANTE

Souza e Helma

TIPO DE ANESTESIA:

TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
0	PAIS COMPRESSAS C/03 UNID.		10	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
4	LÚVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
3	LÚVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LÚVA ESTÉRIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LÚVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SETA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML		1	GUINCHO cateter 02	
3	SERINGA 05 ML		1	REL CATETER Nº	
5	SERINGA 10ML			GUINCHO Agulha P/ roque	
3	SERINGA 20ML		5	GUINCHO Agulha P/ roque	
			2	GUINCHO Agulha P/ roque	
				GUINCHO Agulha P/ roque	

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

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

VALOR

INSTRUMENTADOR(A)

ENFERMEIRA CHEFE

Gabriela

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB-TOTAL

FUNICIONÁRIO/CATÓCULOS

CIRCULANTE DE SALA

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

401-1

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

HGR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA

DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D

ALERGIAS

IDADE

52

HAS

DM2

LEITO

401-1

DATA

08/08/2019

ITEM

1

DIETA LIVRE

HORÁRIO

2

AVP

SND

3

CAPTÓPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

manhã

4

TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N

5

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

SN

6

OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N

SN

7

PLAS'L 10MG EV 8/8H S/N

SN

8

TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

SN

9

SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

SN

10

CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6

SN

11

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

SN

12

SSV + CCGG 8/8H

13

CURATIVO DIÁRIO

14

15

16

17

18

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUZA; MANTIDA

SINAIS VITAIS

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

Dr. Fernando Rezende
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia

06 130/110 77 21 36

403-1

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

HER

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	52	LEITO	401-1	DATA	08/08/2019
ITEM	HORÁRIO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG				
4	TENOX-CAM 100MG 1X AO DIA S/N				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 8/8H S/N				
6	OMEPRAZOL 40MG IV 1X AO DIA S/N				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFC 8% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
9	SIMETICONA 1 CH OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6				
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12				
12	SSVV + CCGG 8/8H				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI, 301-350: 6UI; 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DGL, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS

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

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

BU

Paciente a/ queixas a/ p/ medicação apm, aferido
SSVV + coletas de exames lab.

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

Bloco 5
Maca 02

~~401-2~~ 401-

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

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: _____
 PACIENTE: Jose Carlos Alves de Sousa
 AGNOSTICADO: de 2010
 ALERGIAS: _____ HAS: _____ NEGA: _____ DM2: _____ NEGA: _____
 IDADE: _____ LEITO: _____ DATA: 3/8/19
 ITEM: _____ PRESCRIÇÃO: _____ HCRÁRIO: _____

1	DIETA ORAL LIVRE	SAJD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	Martin
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	S/N
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	18/08/19
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA	08/08
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	S/N
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM	Atencios
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	18/08/19
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S/N
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H	18/08/19
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H	Suspensão

12		
13	<u>Gentamicina 240mg IV</u>	<u>18/08/19</u>
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MM/HG	S/N
17	SSVV + CCGG 6/6 H	18/08/19
18	CURATIVO DIÁRIO	18/08/19
19		
20		
21		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (80), CONFORME ESQUEMA:
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE > 7%
 DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

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

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

6H 130/84 95 36.5°C

18130 PA=137x93 P=112 T=36.5°C

~~401-2~~ 401-1

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente: JOSE GARCIA

Leito: 404-1

Data: 06/08/19

Localização			Região <u>MID</u>			Região:
Etiologia	☐ IEP ☐ IEP III ☐ IEP IV ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: ☒ Tração ☒ Fixador Externo ☐ Imobilização ☐ Outros:		Grav: <u>I</u> ☐ <u>II</u> ☒ <u>III</u> ☐ <u>IV</u> ☐ <u>V</u> ☐ <u>VI</u> ☐ <u>VII</u> ☐ <u>VIII</u> ☐ <u>IX</u> ☐ <u>X</u> ☐ <u>XI</u> ☐ <u>XII</u>	☐ IEP ☐ IEP III ☐ IEP IV ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: ☐ Tração ☐ Fixador Externo ☐ Imobilização ☐ Outros:		Grav: <u>I</u> ☐ <u>II</u> ☐ <u>III</u> ☐ <u>IV</u> ☐ <u>V</u> ☐ <u>VI</u> ☐ <u>VII</u> ☐ <u>VIII</u> ☐ <u>IX</u> ☐ <u>X</u> ☐ <u>XI</u> ☐ <u>XII</u>
Apresentação no Leito	☐ Normal ☒ Amarelado/Verde ☐ Escuro ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Drenos/Sonda ☐ Outros:		☐ Normal ☒ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outros:	☐ Normal ☒ Amarelado/Verde ☐ Escuro ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Drenos/Sonda ☐ Outros:		☐ Normal ☒ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outros:
Pele Periférica	☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sangüinolento ☐ Serosangüinoso ☐ Seco ☐ Outros:		☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sangüinolento ☐ Serosangüinoso ☐ Seco ☐ Outros:	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sangüinolento ☐ Serosangüinoso ☐ Seco ☐ Outros:		☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sangüinolento ☐ Serosangüinoso ☐ Seco ☐ Outros:
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco		☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco		☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colapexusa/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☒ Outros: <u>Alce</u>		☐ Gaze ☐ Colapexusa/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outros:	☐ Gaze ☐ Colapexusa/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outros:		☐ Gaze ☐ Colapexusa/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outros:
Troca	☒ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h	☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<u>Priscila S. Pereira</u> <u>Técnicas em Enfermagem</u> <u>CRP 001.123.456</u>		<u>Berenice Sônia Santos</u> <u>Técnicas em Enfermagem</u> <u>CRP 001.123.456</u>			
Observações:						

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



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

Localização			Região: M. I, D.			Região:
Fisiologia	☐ IEP I II III IV 9° ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: Tração Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro: F.O.			☐ IEP I II III IV 9° ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: Tração Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:		
Aparência do Lcto	☐ Necrose Amarelada/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros ☒ Úlcera ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Enfiada / Rubor ☐ Outro:			☐ Necrose Amarelada/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros ☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Enfiada / Rubor ☐ Outro:		
Pele Periférica	☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serososanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:			☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serososanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:		
Quantidade de Exsudato	☐ Nenhum ☒ Pouco ☐ Soco			☐ Nenhum ☐ Pouco ☐ Soco		
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%			☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%		
Cobertura Primária	☒ Gaze ☐ Colapase/Fibrina ☐ Solução de Plata ☐ Hidrogel ☐ Outro:			☐ Gaze ☐ Colapase/Fibrina ☐ Solução de Plata ☐ Hidrogel ☐ Outro:		
Procedimento que realizou	Tóquio Yviana N. Moraes Auxiliar de Enfermagem COPEM 453.034			Jucylene Moreira Auxiliar de Enfermagem COPEM 453.034		
Observações:						

Blanco D

401-1
401-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE 52		LEITO 401-1		DATA 04/08/2019	
ITEM					HORÁRIO
1	DIFTA ORAL LIVRE				SUB
2	AVP				Monte
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SIN
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N				SIN
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODI 6/6H S/N				12/18/24/06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				06/24/06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SIN
8	TRAMAL 100MG + SFD 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SIN
9	SIMETICINA 1 CP OU 40 COTAS VO 8/8 HRS S/N				14/22/06
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6				12/18/24/06
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12				Supremo
12	SSVV 1 COGG 6/6H				12/18/24/06
13	CURATIVO DIÁRIO				Proteção
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME FREQUÊNCIA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QUANTIDADE GLICOSE ≤ 70 DL/mL, GLICOSE ≥ 80% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

06/24/06 160x90 89 18 Respir 36,1°C

Dr. Fernando Rezende
Médico Assistente em Ortopedia e Traumatologia

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE 52		LEITO 401-1		DATA 09/08/2019	
ÍTEM		HORARIO			
1	DIETA LIVRE				
2	AVP				
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFD, 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6				
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14					
15					
16					
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 DLM/L. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

Dr. Marcos Aguiar
Médico Ortopedista
CRM 1955

Det. By: L. D. V. E. A. A. A.

Cl. F. M. + retorno na HCA

St. Reno. H. Costa

101-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	62	LEITO	401-1	DATA	09/08/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
4	TFNOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 8/8H S/N				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6				
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12				
12	SSVV + CCGG 8/8H				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	<i>fo 14 curativo 1º e 2º curativo</i>				
15	<i>fo 15 curativo</i>				
16	<i>fo 16 curativo</i>				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

00 104/69 93 36,2°C

Dr. José Luiz Aguiar
 RORAIMA, 09/08/2019

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

HGR

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA

DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

52

LEITO

401-1

DATA

07/08/2019

ITEM

1

DIETA LIVRE

HORÁRIO

2

AVP

3

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

4

TENOXICAM 40MG : X AO DIA S/N

5

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

6

DMEPRAZOL 10MG EV 1 X AO DIA S/N

7

PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

8

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

9

SIMF TICONA : CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N

10

CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6

11

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

12

SSVV + GCGG 8/8H

13

CURATIVO DIÁRIO

14

15

16

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS

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

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

OG 130/80 92 39 bpm 36.1°C

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

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

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

Assimilação da Informação: Sim Não Parcial Outro
 Desembaçamento: Normal Sem Desembaçamento Parcial Outro

SISTEMA NERVIOSO
☒ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado
☐ Parado ☐ Turbado ☐ Desconhecido
☐ Agitado ☐ Recebe as ordens ☐ Não recebe

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

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL
☒ BOVD ☐ SNE/SOE ☐ SNE/SOE
☒ Aceitação da dieta ☐ Não ☐ Parcial
☒ Eliminação ☒ Presente ☐ Ausente
☒ Normal ☐ Diarreia ☐ Constipação
☐ Flatulência ☐ Presente ☐ Ausente

REGULAÇÃO TÉRMICA
☒ Afebril ☐ Hipertensão ☐ Hipotermia
☐ Febril ☐ Frio ☐ Frio
☐ Hiperdiaporesa ☐ Presença

CARACTERÍSTICAS DA PELE
☒ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada
☒ Normotônica ☐ Hipotônica ☐ Hipertônica
☐ Amarela ☐ Vermelha ☐ Amarelada
☐ Acinzentada ☐ Clamada ☐ Clamada

SISTEMA URINÁRIO / DIURÉTICO
☐ Normotensão ☐ Distensão ☐ Distensão
☐ Ausente ☐ Maciça ☐ Típica
☐ Eliminação normal ☐ Prontidão ☐ Ausente
☐ Voz normal ☐ Sim ☐ Não ☐ Não

SISTEMA RESPIRATÓRIO
☒ Eupneia ☐ Eupneia ☐ Eupneia
☒ Eupneia ☐ Eupneia ☐ Eupneia

CONJUNTO DE CATERIS/SONDAS/DRENOS/ORTESIS E PRÓTESES
 Cuidado Periférico: Sim Não Parcial Outro
 Cuidado Central: Sim Não Parcial Outro
 Sinal de Infecção: Sim Não Parcial Outro
 Sonda: Sim Não Parcial Outro
 Drenos: Sim Não Parcial Outro
 Ortesis: Sim Não Parcial Outro
 Próteses: Sim Não Parcial Outro

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
☐ Deficiência de Conhecimento
☐ Risco de Infecção
☐ Risco de nutrição desequilibrada
☐ Risco de lesão de pele
☐ Risco de lesão de pele
☐ Risco de lesão de pele
☐ Risco de lesão de pele

ESCALA DE MORSE
 1. História da Queda: Sim Não Parcial Outro
 2. Clonificação secundária: Sim Não Parcial Outro
 3. Ausência de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 4. Terceira Intenção de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 5. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 6. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 7. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 8. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 9. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 10. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 11. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 12. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 13. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 14. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 15. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 16. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 17. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 18. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 19. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 20. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro

ESCALA DE MORSE
 1. História da Queda: Sim Não Parcial Outro
 2. Clonificação secundária: Sim Não Parcial Outro
 3. Ausência de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 4. Terceira Intenção de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 5. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 6. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 7. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 8. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 9. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 10. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 11. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 12. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 13. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 14. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 15. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 16. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 17. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 18. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 19. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 20. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro

ESCALA DE MORSE
 1. História da Queda: Sim Não Parcial Outro
 2. Clonificação secundária: Sim Não Parcial Outro
 3. Ausência de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 4. Terceira Intenção de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 5. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 6. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 7. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 8. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 9. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 10. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 11. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 12. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 13. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 14. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 15. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 16. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 17. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 18. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 19. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 20. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro

ESCALA DE MORSE
 1. História da Queda: Sim Não Parcial Outro
 2. Clonificação secundária: Sim Não Parcial Outro
 3. Ausência de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 4. Terceira Intenção de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 5. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 6. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 7. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 8. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 9. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 10. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 11. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 12. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 13. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 14. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 15. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 16. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 17. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 18. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 19. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 20. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro

ESCALA DE MORSE
 1. História da Queda: Sim Não Parcial Outro
 2. Clonificação secundária: Sim Não Parcial Outro
 3. Ausência de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 4. Terceira Intenção de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 5. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 6. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 7. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 8. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 9. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 10. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 11. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 12. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 13. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 14. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 15. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 16. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 17. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 18. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 19. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 20. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro

ESCALA DE MORSE
 1. História da Queda: Sim Não Parcial Outro
 2. Clonificação secundária: Sim Não Parcial Outro
 3. Ausência de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 4. Terceira Intenção de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 5. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 6. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 7. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 8. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 9. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 10. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 11. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 12. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 13. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 14. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 15. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 16. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 17. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 18. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 19. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro
 20. História de Desembaçamento: Sim Não Parcial Outro

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

Jose Garcia Alves

Leito: 4011

Data: 07/08/2019

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



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas

HGR

Paciente: JOSE CAICIA

Leito: 404-3

Data: 06/08/19

Localização



Região: MMIO

Etiologia

- () ICP I II IV VI () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma () Ferida () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Outros: Ferimento por objeto perfurante

Apresentação do

- () Necrose Amarelada/Negra () Escar () Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

Pele: Periférica

- () Normal () Macerado () Seca () Flegma / Rubor
() Outro

Tipo de Exsudato

- () Purulento () Seroso () Sangüinolento () Seroso sanguinolento () Seco
() Outro

Quantidade de

- () Molhado () Úmido () Seco

Solução de

- () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70%

Cobertura

- () Gaze () Colágeno e Fibrina () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outros: Alce

Troca

- () 11/2/12 () Diário () 48/48h

Profissional que

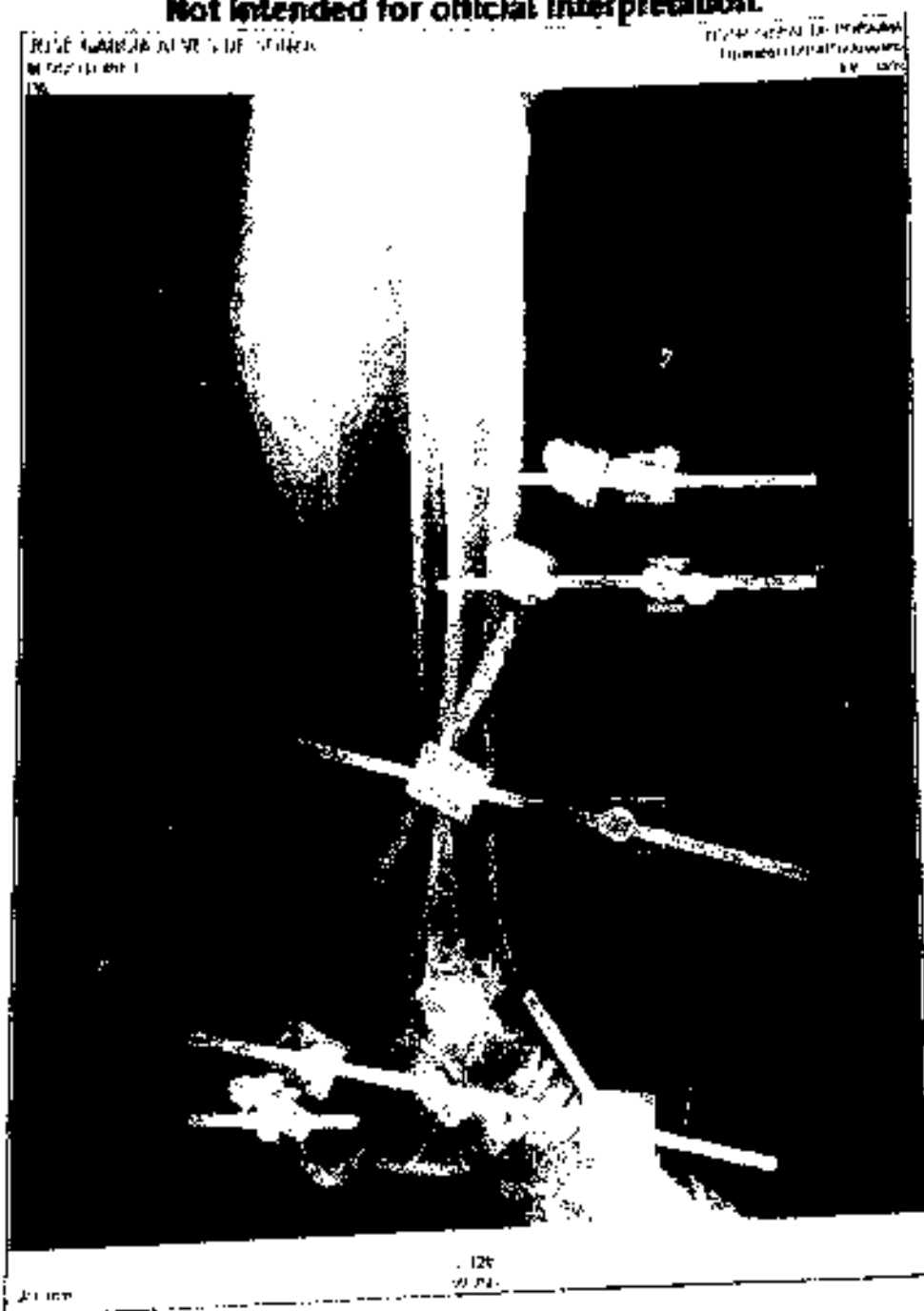
realizou

procedimento:

Brenda S. Pereira
Enfermeira
CRM: 0000000000Brenda S. Pereira
Enfermeira
CRM: 0000000000

Observações:

Not intended for official interpretation.

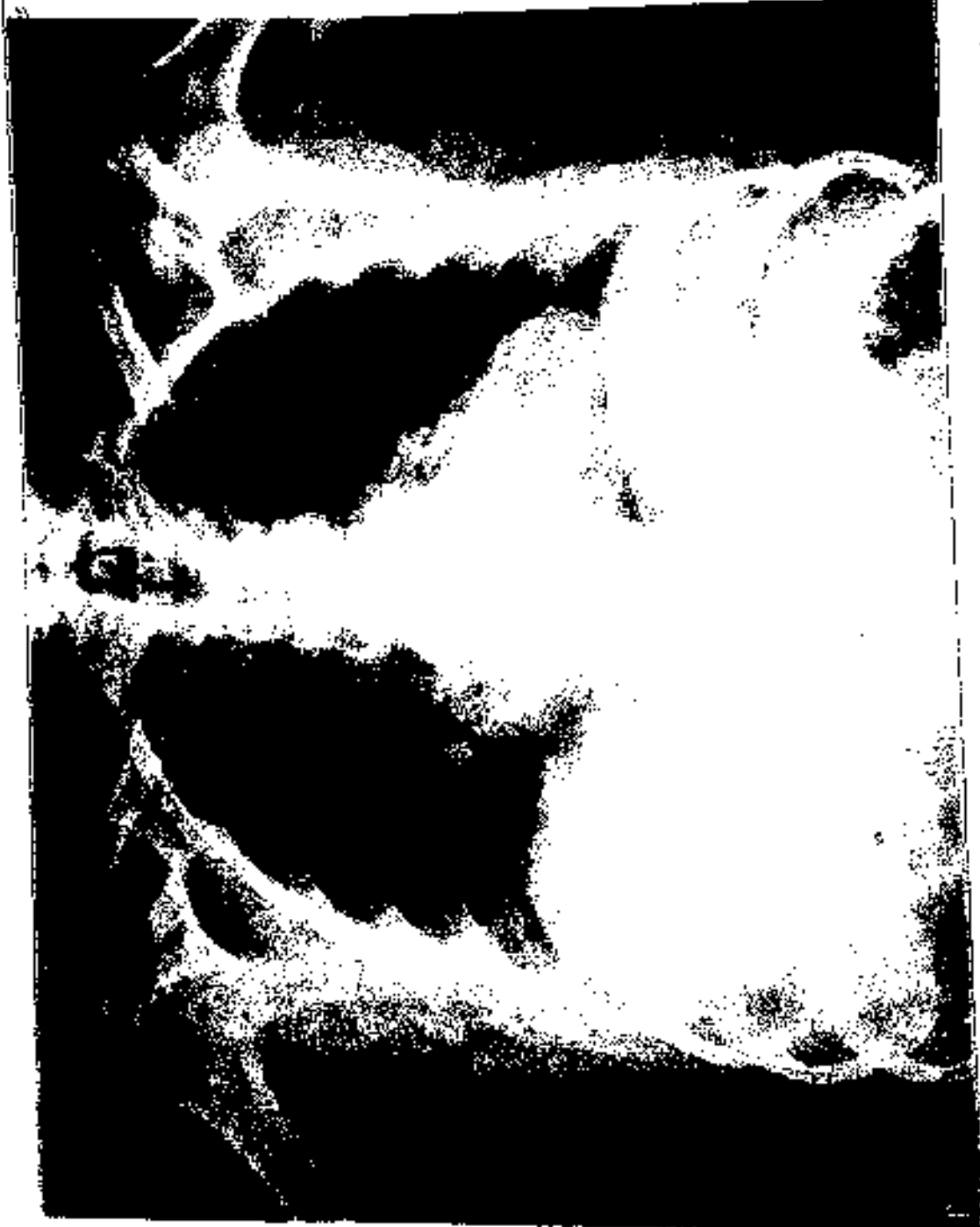


Not intended for official interpretation.

JOSE GARCIA ALVES DE SAZ

BIOLOGICAL

WATER TREATMENT
16-10-1971
V2 H.S.



Not intended for official interpretation.

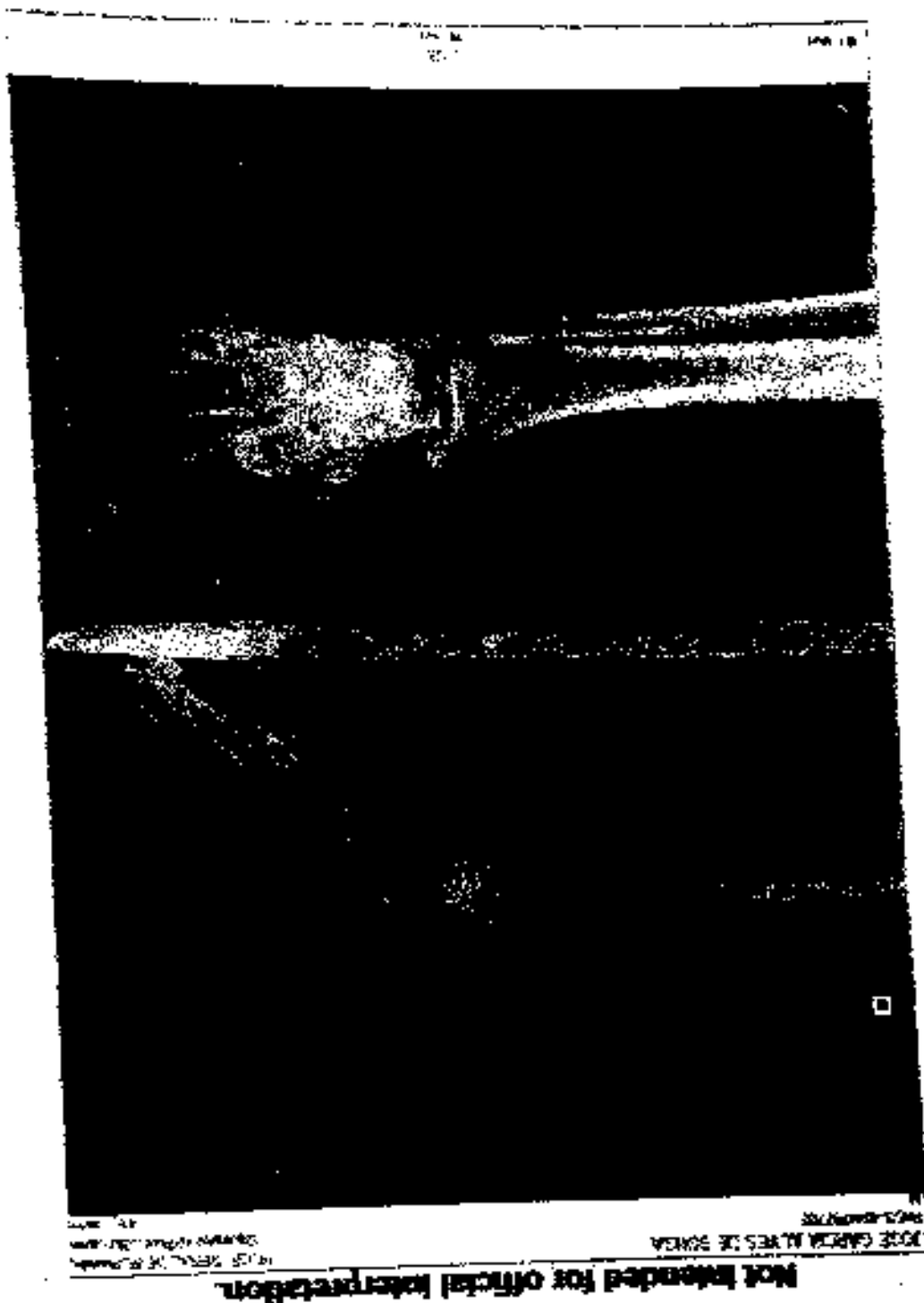
地址: 上海南京路 100 号 10 楼 1001 室
电话: 021-60888888

[illegible]

تاریخ: ۱۳۸۵/۰۵/۰۵

14. str

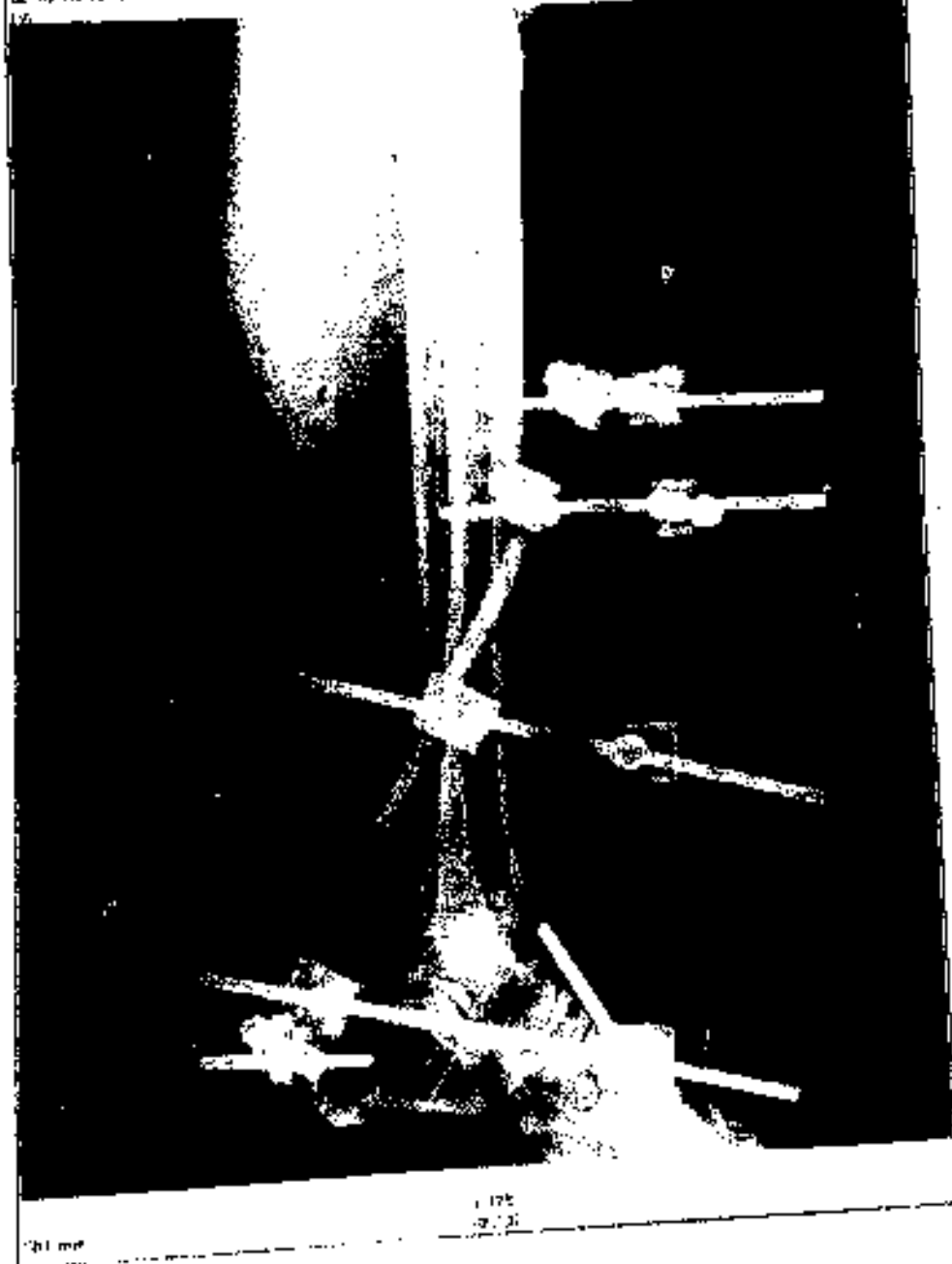




Not intended for official interpretation.

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

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



Not intended for official interpretation.

JOSE GARCIA ALVAREZ DE SORZA
BUREAU 4011

SECRET
EXCLUDED FROM AUTOMATIC DOWNGRADING AND DECLASSIFICATION




 GOVERNMENT OF THE UNITED STATES
 DEPARTMENT OF THE ARMY
 OFFICE OF THE ADJUTANT GENERAL
 WASHINGTON, D. C. 20315

Honorable General
 [Signature]

Permit to [illegible]
 [illegible] in [illegible]

on 02/03/19, at

[illegible] [illegible] [illegible]
 [illegible] [illegible] [illegible]

- [illegible] [illegible] [illegible]
 [illegible]

26219

[Signature]
 [illegible]

OFFICE OF THE ADJUTANT GENERAL
 WASHINGTON, D. C. 20315

Laudô Médico

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

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

Conclusão: Permanecendo com sequelas funcionais
permanentes do membro inferior direito.

Boa Vista, 09/11/2019


Dr. Francisco R. Farias
CRM 365/RR

REGISTRO GERAL

357635-5

RAIMUNDO NORATO SILVA

RELACAO

VANGELINA PEREIRA SILVA

NATURALIDADE

VARGEM GRANDE - MA

DOSSIER

CERTIDAO 2540 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE-MA

CPF

475.428.443-91

3 VIA

DATA DE EMISSAO

28/01/2016

DATA DE NASCIMENTO

15/09/1968

AMADEU ROCHA TRIANI

PROFESSOR DE HISTORIA

LEI Nº 7.116 DE 29/09/03

REGISTRO GERAL 357635-5 28/01/2016

RAIMUNDO NORATO SILVA

RELACAO

VANGELINA PEREIRA SILVA

NATURALIDADE

VARGEM GRANDE - MA

DOSSIER

CERTIDAO 2540 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE-MA

CPF

475.428.443-91

3 VIA

DATA DE NASCIMENTO

15/09/1948

AMADEU ROCHA TRIANI

PROFESSOR DE MUSICA

LEI Nº 7.116 DE 29/02/03

REGISTRO GERAL

357635-5

RAIMUNDO NORATO SILVA

RELACAO

VANGELINA PEREIRA SILVA

NATURALIDADE

VARGEM GRANDE - MA

DOSSIER

CERTIDAO 2540 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE-MA

CPF

475.428.443-91

3 VIA

DATA DE EMISSAO

28/01/2016

DATA DE NASCIMENTO

15/09/1968

AMADEU ROCHA TRIANI

PROFESSOR DE HISTORIA

LEI Nº 7.116 DE 29/09/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

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

NOME JOSE BORGES ALVES DE SOUSA

RR

CPF / CNPJ 944.205.801-00 PLACA NAP8665

PLACA ANT. UN. NAP8665 RR CHASSI 9C2KD0552DR356480

ESPECÍFICO PAS/MOTOCICLETA/NAO AM 12 COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

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

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

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS 1*****

PAIXA / PVA PARCELAMENTO / COTAS 2*****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 140.32 IOF (R\$) 0.00 PREMIO TOTAL (R\$) 140.32 DATA DE PAGAMENTO 30/07/2019

SEGURO OBRIGATORIO

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

LOCAL BOA VISTA-RR DATA 15/08/2019

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

RR Nº 013975850212 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

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

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 15/08/2019

VIA 01 CDB RENAVAM 00538665955 R.N.T.R.C. 2019 PLACA NAP8665

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANOS FAB 2013 CAT. DRE 9C2KD0552DR356480

PRÊMIO TARIFARIO

FMS (R\$) R\$36.05 DENATRAM (R\$) R\$4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$0.02 TOTAL A SER PAG. PELO SEGURO (R\$) R\$84.58

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OUTAÇÃO 30/07/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

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

NOME JOSE BORGES ALVES DE SOUSA

RR

CPF / CNPJ 944.205.801-00 PLACA NAP8665

PLACA ANT. UN. RR NAP8665 CHASSI 9C2KD0552DR356480

ESPECÍFICO PAS/MOTOCICLETA/NAO AM 12 COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

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

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

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

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

SEGURO OBRIGATORIO

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

LOCAL BOA VISTA-RR DATA 15/08/2019

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

RR Nº 013975850212 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

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

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 15/08/2019

VIA 01 CFP / CNPJ 944.205.801-00 PLACA NAP8665

RENAVAM 00538665955 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB 2013 CAT. DRE 9C2KD0552DR356480

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

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

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OUTAÇÃO 30/07/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT
554336

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0362822/19

Vítima: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF: 944.205.801-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/08/2019

Titular do CPF: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA : 944.205.801-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT
554336

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0362822/19

Vítima: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF: 944.205.801-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/08/2019

Titular do CPF: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA : 944.205.801-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

559696

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398181/19

Vítima: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF: 944.205.801-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/08/2019

Titular do CPF: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA : 944.205.801-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

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

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

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

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

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

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

OUTORGADO:

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

PODERES:

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



BOA VISTA, 30 de AGOSTO de 2019.

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício do Estado do Rio Grande do Sul
Rua: Alameda Trêz, 4307 - Boa Vista, Porto Alegre/RS
Fone: (51) 3027-4120
E-mail: daniel.aquino@cartorio2ooficio.rs.gov.br

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

Em testemunho da verdade, SOLO
Do que dou fé, Boa Vista/RR, 30 de agosto de 2019.
Consulte o(s) ato(s) abaixo em: cartao2ooficio.com.br
RECPIR1662960UHLJNIXCMDEE736/

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

138.281
Escritura Autorizada

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

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

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

OUTORGADO:

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

PODERES:

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



BOA VISTA, 30 de AGOSTO de 2019.

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.

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

138281.5d693bced8e1d
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

Em testemunho da verdade, SOLO
Do que dou fé, Boa Vista/RR, 30 de agosto de 2019.
Consulta a(s) sala(s) abaixo em: cartorioaquiror.com.br
RECPIR1692960UHLJNIXCMDEE736/

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

138.281
Escritor Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398181/19

Vítima: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF: 944.205.801-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/08/2019

Titular do CPF: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA : 944.205.801-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0362822/19

Vítima: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF: 944.205.801-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/08/2019

Titular do CPF: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA : 944.205.801-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190635941

Vítima: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 03/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190635941

Vítima: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 03/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 0000054319-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

944.205.801-00

4 - Nome completo da vítima:

JOSE GARCIA ALVES SOUZA

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

5 - Nome completo:

JOSE GARCIA ALVES SOUZA

7 - Profissão:

RODASOU

8 - Endereço:

AV. IADIM 818B-18-A-403

6 - CPF:

944.205.801-00

11 - Bairro:

CIDADE SATELITE

12 - Cidade:

BOA VISTA

9 - Número:

818

10 - Complemento:

APT 403

15 - E-mail:

monatoSilva638@gmail.com

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69-317-529

16 - Tel (DDD):

95) 991144021

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3021

CONTA:

000 54319

☐

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

☐

Solteiro

☐

Casado (no civil)

☐

Divorçado

☐

Separado judicialmente

☐

Vitório

☐

24 - Data do

☐

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar

☐

Vivos:

☐

Falecidos:

☐

30 - Vítima deixou

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

☐

Vivos:

☐

Falecidos:

☐

33 - Vítima deixou

☐

Sim

☐

Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

944.205.801-00

4 - Nome completo da vítima:

JOSE GARCIA ALVES SOUZA

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

5 - Nome completo:

JOSE GARCIA ALVES SOUZA

6 - CPF:

944.205.801-00

7 - Profissão:

ROÇOU

8 - Endereço:

AV. Jardim 818B-18-A-403

9 - Número:

818

10 - Complemento:

APT 403

11 - Bairro:

CIDADE SATELITE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.317-529

15 - E-mail:

monatoSilva638@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

95 991144021

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3021

CONTA:

000 543 19

2

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vairascos)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

RAIMUNDO MONATO SILVA

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029517/2019

DADOS DO REGISTRO

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 03/08/2019 12:05

Local do Fato

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

Bairro: Cidade Satélite

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUSA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Araguaína

Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais

Nome da Mãe: Albertina Alves de Sousa

Endereço

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

Nº: 403



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO HISTÓRICO

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

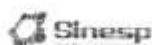
ASSINATURAS

Ernandes Ferreira
Agente de Polícia
Mat. 042000612

Ernandes Ferreira Lima
Agente de Polícia
Matrícula: 42000612
Responsável pelo Atendimento

José Garcia Alves de Sousa
(Comunicante)

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



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

Página 1 de 1

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029517/2019

DADOS DO REGISTRO

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 03/08/2019 12:05

Local do Fato

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

Bairro: Cidade Satélite

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUSA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Araguaína

Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais

Nome da Mãe: Albertina Alves de Sousa

Endereço

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

Nº: 403



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO HISTÓRICO

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

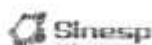
ASSINATURAS

Ernandes Ferreira
Agente de Polícia
Mat. 042000612

Ernandes Ferreira Lima
Agente de Polícia
Matrícula: 42000612
Responsável pelo Atendimento

José Garcia Alves de Sousa
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelo(a) conteúdo(s) acima relatado(s) e que não tenho ciência de qualquer outro fato que possa responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Código Penal Brasileiro."



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

Página 1 de 1

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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



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

OBM DE ATUAÇÃO		ÁREA DE ATUAÇÃO		VTR	KMI	KMF
☒ 1º BPABM ☐ 1º PEL ☐ 2º PEL ☐ 2º BPABM ☐ 1ª CIA ☐ 2ª CIA ☐ 3ª CIA		☒ Leste ☐ Oeste ☐ Centro ☐ Norte ☐ Sul ☐ Rural		UR-01-18	26.484	26.509
H/SAÍDA	H/NO LOCAL	SAÍDA DO LOCAL	NO DESTINO	H/NA OBM OU B-01		
12:23	12:39	12:44	12:55	13:27		

1. DADOS DA OCORRÊNCIA

CÓD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADA:

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

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: José Garcia Alves de Sousa RG/CPF: 356322-7
D.N.: 19-01-67 IDADE: 53 SEXO: ☒ Masculino ☐ Feminino PNS: ☐ Sim ☒ Não
ENDEREÇO: Av. Jordem, Bloco 18 Cond. Aço Nº 403 BAIRRO: Cidade Sarelite
CIDADE: Boa Vista NACIONALIDADE: ☒ Brasileiro ☐ Estrangeiro: TEL.: 99112-1803
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ Sim ☒ Não Se sim, qual:

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

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

3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

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

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

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

Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total
☒ 4. Espontânea ☐ 3. À voz ☐ 2. A dor ☐ 1. Nenhuma	☒ 5. Orientado ☐ 4. Confuso ☐ 3. Palavras inapropriadas ☐ 2. Sons incomp./ Gemidos ☐ 1. Nenhuma	☒ 6. Obedece aos comandos verbais ☐ 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso ☐ 4. Reage a dor ☐ 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) ☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) ☐ 1. Nenhuma	15 Pontos

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

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

SINAIS VITAIS

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

6. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

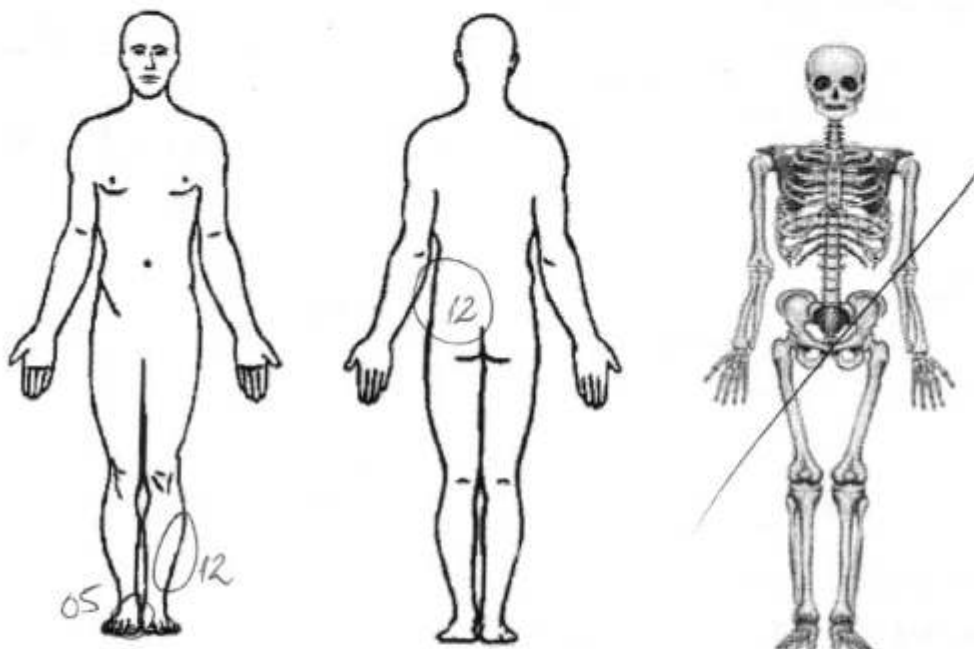
ALERGIA: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):
USO DE MEDICAMENTOS: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):
PARENTEMENTE ALCOOLIZADO: ☒ SIM ☐ NÃO



8. CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA

☐ Óbito evidente ☐ PCR ☐ Vítima encarcerada ☐ Vítima atropelada ☐ Capotamento

9. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS:



Legenda:

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

10. HISTÓRIO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Paciente motociclista, encontrava-se ao solo, sentado, já sem o capacete, o mesmo informou ter retirado, nos unidades de populares e esposa. Queixava-se somente de dores na região do tornozelo direito, onde depois de uma avaliação não podemos detectar possível fratura, somente ferimento em tecido mole. Guise a conduzi-mos 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 _____
☐ CPF ☐ Dinheiro R\$ ____ ☐ Óculos _____
☐ Título de eleitor ☐ Jóias ☐ Relógio _____

Aos cuidados de: _____ RG: _____ Telefone: _____

12. UNIDADE DE SAÚDE

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

13. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

☒ Estável ☐ Instável ☐ Crítico

14. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

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

ST Tavares Sd Cardoso Sd Vilanova Sd Cardoso

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

Assinatura:

Documento de identidade:

Registro de conselho (CRM, COREN):



Dr. Jorge Barros Freitas
Médico
CRM-RR 2084

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000054319-2

Nr. da Autenticação E3704A2A9C63E22B

Roraima Energia S.A.

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

Nº da Nota Fiscal 003227308

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

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

Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada

pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

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

ROSA MARIA DOS SANTOS LIMA SOUSA
AV JARDIM 687 B18 A403-ARACA CIDADE SATELITE
RESIDENCIAL VILA JARDIM

CEP: 69.317-529 - BOA VISTA

ROT: 32.001.24.20.550200

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA
Atual:	20790		Atual: 12/07/2019
Anterior:	20387		Anterior: 11/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 12/08/2019
Consumo Medido:	403		Emissão: 11/07/2019
Consumo Faturado:	403	FCAM	Apresentação: 12/07/2019

NORMAL

31

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

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 217	CONSUMO 403 A R\$ 0,764602 = 308,13
MAI/19 366	ILUMINACAO PUBLICA 6,42
ABR/19 436	
MAR/19 410	
FEV/19 337	
JAN/19 331	
DEZ/18 317	
NOV/18 414	
OUT/18 409	
SET/18 387	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 403 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

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

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 79,10	Base de Cálculo: 0,00
Energia: 167,87	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 52,38
Encargos: 8,72	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 52,38	Valor do COFINS: 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

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

FLORESTA

05/2019

120,08

ROT: 32.001.24.20.550200



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

SEU CODIGO
0135682-8

TOTAL A PAGAR - R\$
314,55

MÊS FATURADO
07/2019

VENCIMENTO
01/08/2019

Nº da Nota Fiscal

003227308

FCAM

83620000003 9 14550075000 8 000000000135 4 68280719008 2





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

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 07/2019

VENCIMENTO: 15/08/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

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

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
ÁGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019		0,85

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

TOTAL A PAGAR

43,74

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

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

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

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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



Roraima Energia S.A.

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

Nº da Nota Fiscal 003227308

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

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

Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada

pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

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

ROSA MARIA DOS SANTOS LIMA SOUSA
AV JARDIM 687 B18 A403-ARACA CIDADE SATELITE
RESIDENCIAL VILA JARDIM

CEP: 69.317-529 - BOA VISTA

ROT: 32.001.24.20.550200

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA
Atual:	20790		Atual: 12/07/2019
Anterior:	20387		Anterior: 11/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 12/08/2019
Consumo Medido:	403		Emissão: 11/07/2019
Consumo Faturado:	403	FCAM	Apresentação: 12/07/2019

NORMAL

31

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

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 217	CONSUMO 403 A R\$ 0,764602 = 308,13
MAI/19 366	ILUMINACAO PUBLICA 6,42
ABR/19 436	
MAR/19 410	
FEV/19 337	
JAN/19 331	
DEZ/18 317	
NOV/18 414	
OUT/18 409	
SET/18 387	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 403 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

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

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 79,10	Base de Cálculo: 0,00
Energia: 167,87	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 52,38
Encargos: 8,72	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 52,38	Valor do COFINS: 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

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

FLORESTA

05/2019

120,08

ROT: 32.001.24.20.550200



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

SEU CODIGO
0135682-8

TOTAL A PAGAR - R\$
314,55

MÊS FATURADO
07/2019

VENCIMENTO
01/08/2019

Nº da Nota Fiscal

003227308

FCAM

83620000003 9 14550075000 8 000000000135 4 68280719008 2





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

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 07/2019

VENCIMENTO: 15/08/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

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

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
ÁGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019		0,85

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

TOTAL A PAGAR

43,74

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

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

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

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ GARCIA ALVES SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 944.205.801 / 00 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDOZ da Vítima JOSÉ GARCIA ALVES SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 944.205.801 / 00 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

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

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

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

Boa Vista, RR de Outubro de 2019
Local e Data

Raimundo Nonato Silva
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ GARCIA ALVES SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 944.205.801 / 00 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDOZ da Vítima JOSÉ GARCIA ALVES SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 944.205.801 / 00 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

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

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

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

Boa Vista, RR de Outubro de 2019
Local e Data

Raimundo Nonato Silva
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ GARCIA ALVES SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 944.205.801 / 00 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima JOSÉ GARCIA ALVES SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 944.205.801 / 00 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

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

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

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

Boa Vista, RR de Outubro de 2019
Local e Data

Raimundo Nonato Silva
Assinatura do Declarante