



**ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA
CONSULTORIA E ASSESSORIA JURÍDICA
PABLO SOUTO - ADVOGADO - OAB/RR N° 506**

Fone/Fax: (095) 3623-8075/8114-3061

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: MAELSON PINHO DE QUEIROZ, brasileiro, união estável, técnico em manutenção, telefone (95) 999167-8144, inscrito no CPF sob nº 382.872.262-87, residente e domiciliado a Rua Padre Caleri, 327, Bairro São Francisco, Boa Vista-RR, CEP: 69.305-250, E-mail maelsonrr1305@outlook.com

OUTORGADOS: PABLO SOUTO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº 506, com escritório profissional nesta Capital, na Av. Santos Dumont, 663, São Pedro, 98114-3061.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração nomeia e constitui como seu bastante procurador o advogado acima mencionado a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *Ad judicia Et Extra*, em qualquer juízo, Instância ou Tribunal, ou em qualquer repartição pública ou privada, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-a, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, requerer e receber documentos, renunciar direitos, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, representá-lo em processo de conhecimento, de execução, processos administrativos, processos eleitorais, enfim, em todo e qualquer processo em que o outorgante atue como autor, réu, requerente, requerido, exequente, executado, etc., podendo ainda substabelecer esta com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, no interesse do outorgante, **no que diz respeito à ação de Seguro Dpvat.**

Boa Vista/RR, 02 de julho de 2019.

maelson pinho de queiroz
MAELSON PINHO DE QUEIROZ

-
- ✉ Av. Santos Dumont, 663, São Pedro, Boa Vista/RR¹
① Fone/fax: 98114-3061
✉ E-mail: johnpablosouto@gmail.com

**“Respondeu Jesus: Eu sou o caminho, a verdade e a vida.
Ninguém vem ao Pai, a não ser por mim.” (João 14:6)**



Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0055898-2

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
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003170112

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

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	16/07/2019	427	373,48

HAEISON PINHO DE QUEIROZ
R. PADRE CALERI 327 Z SAO FRANCISCO
CPF: 00038287226287
CEP: 69.305-250 - BOA VISTA

ROT: 14.001.06.02.025902

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	5316		27/06/2019
Anterior:	4889		Atual: 30/05/2019
Constante de Multiplicação:	1.000		Anterior: 27/07/2019
Consumo Medido:	427		Próxima Leitura: 26/06/2019
Consumo Faturado:	427	FCAM	Emissão: 27/06/2019
			Apresentação: 28

NORMAL			
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posta
RESIDENCIAL	BI	TDB1730157 N 1608970	1.1.1.2 444

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano	CONSUMO	427 A R\$ 0,773664 = 330,35
MAI/19	CORRECAO MONETARIA DA 03/19-00	0,31
ABR/19	CORRECAO MONETARIA IG 03/19-00	2,90
MAR/19	MULTA POR ATRASO DE I 03/19-00	1,95
FEV/19	JUROS DE MORA POR ATR 03/19-00	0,48
JAN/19	MULTA POR ATRASO 03/19-00	3,40
DEZ/18	JUROS DE MORA DE IMPO 03/19-00	2,55
NOV/18	JUROS DE MORA PÚBLICA	31,54
OUT/18		
SET/18		
AGO/18		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
V.H 427 - 0,634620		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
Mes/Ano	Valor R\$
05/2019	286,46

Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 12/07/2019, em função das contas reavaliadas neste faturamento. No pagamento poderá observar também a inclusão do nome do consumidor na SENACI. Informações ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e/ou reavaliada(s) no valor de R\$ 416,70 (valor histórico). Seu tema efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 49C7.44D4.4B43.0154.C842.5569.FBCB.75FC

COMPRISSÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 83,88	330,35
Energia: 177,88	Base de Cálculo: 17,00%
Transmissão: 0,00	Aliquota ICMS: 56,15
Encargos: 9,24	Valor do ICMS: 0,56
Tributos: 59,35	Valor do PIS: 2,64
	Valor do COFINS:

INDICADORES DE CONTINUIDADE

6,03 12,06 24,12 7,27 14,54 29,08 3,54
0,00 0,00 0,00

04/2019 157,81

CENTRO

ROT: 14.001.06.02.025902

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0055898-2	373,48

MÊS FATURADO 06/2019

VENCIMENTO 16/07/2019

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

Nº da Nota Fiscal: 003170112 FCAM

83650000003 6 73480075000 6 00000000055 4 89820619008 1



SEQ.: 00254 UC: 0055898-2 DT.LEIT.: 27/06/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 5316 NORMAL TOTAL: 373,48 CARGA: 020
DT.VENC.: 16/07/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1381

Demonstrativo de Pagamento

EMPRESA		C.N.P.J	FOL		
ESTAB	MATRÍCULA	NOME	FUNÇÃO	DEP	FILI
ROXXI TECNOLOGIA LTDA - MATRIZ		47.379.565/0129-59	1		
129	6967540	MAELSON PINHO DE QUEIROZ	TECNICO MANUTENCAO II	02	02
C.R.	BCO	AG	SALÁRIO	REFERÊNCIA	
393306	237	1383-8	16470-4	2.427,08/MES	30/JUNHO/2019

ATA DE PAGAMENTO: 27/06/2019

Total (selecionados): 0,00

<u>CONTA</u>	<u>QTDE.</u>	<u>VENCIMENTOS</u>	<u>DESCONTOS</u>
257 Adto Compl. Auxílio Doença		2.427,08	
581 Desp.Telefone Fins Part.			50,0
500 IR Retido			10,7
811 Assist Médica			227,4
860 Contrib Assistencial			14,0
----- BASE / OUTROS -----	-----	-----	-----
501 Base IR			2.047,9
T O T A I S		VENCIMENTOS 2.427,08	DESCONTOS 302,31
			LÍQUID 2.124,7

** Programação de Férias **

Vencimento do Período Aquisitivo:

Nro. de Dias Solicitado:

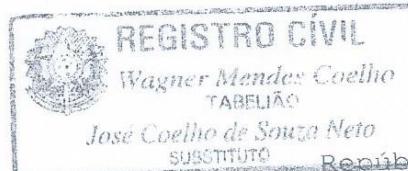
Programação de Férias Atual:

Abono Pecuniário:

Antecipação do 13º Salário: %

3327 / 001 ADKO30 01/07/2019 10:57::





República Federativa do Brasil
Registro Civil das Pessoas Naturais

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
LARA BIANCA QUEIROZ DO NASCIMENTO

MATRÍCULA:
096511 01 55 2010 1 00134 206 0081225 33

DATA DE NASCIMENTO POR EXTESSO
Vinte de abril de dois mil e oito

DIA
20
MÊS
04
ANO
2008

HORA NASC.
06h10min

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
Boa Vista/RR

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF
Boa Vista-RR

LOCAL DE NASCIMENTO
Hospital Materno Infantil
Nossa Senhora de Nazareth

SEXO
Fem

FILIAÇÃO
MAELSON PINHO DE QUEIROZ, natural de Boa Vista/RR e
FERNANDA CARNEIRO DO NASCIMENTO, natural de Boa Vista/RR

AVÓS
Sebastião Pinho de Queiroz e Maria Bezerra de Paiva
(paternos) e Geofranklin Duarte do Nascimento e Ancielma
Carneiro Santana (maternos)

GÊMEOS
Não

NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS
Nada consta.

DATA DE REGISTRO POR EXTESSO
Doze de março de dois mil e dez

Nº DRT
Não informado

DESENVOLVIMENTOS / AVERBAÇÕES
Ato registrado no livro A-134, às folhas 206, sob o nº
81225.

O conteúdo da certidão é verdadeiro, dou fé.

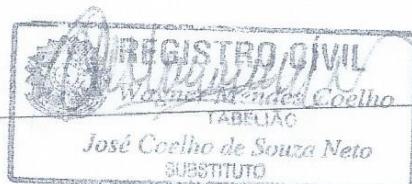
Boa Vista-RR, 12 de março de 2010

NOME DO OFÍCIO
Tabelionato do 2º Ofício

OFICIAL REGISTRADOR
Wagner Mendes Coelho

MUNICÍPIO/UF
Boa Vista-RR

ENDEREÇO
Av. Ataíde teive, 2.042
Liberdade





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

ANA CLARA QUEIROZ DO NASCIMENTO

MATRÍCULA

096758 01 55 2010 1 00341 115 0151718 29

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENO)

VINTE E UM DE OUTUBRO DE DOIS MIL E DEZ

DIA

21

MÊS

10

ANO

2010

HORA MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO

12:10

Boa Vista - RR

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO

Boa Vista / RR

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth

SEXO

feminino

FILIAÇÃO

MAELSON PINHO DE QUEIROZ e FERNANDA CARNEIRO DO NASCIMENTO.

AVÓS

**PATERNOS: SEBASTIAO PINHO DE QUEIROZ e MARIA BEZERRA DE PAIVA ; MATERNOS:
GEOFRAKIN DUARTE DO NASCIMENTO e ANCIELMA CARNEIRO SANTANA**

GÊMEO(S) NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO DE NASCIMENTO (POR EXTENO)

DEZESSEIS DE NOVEMBRO DE DOIS MIL E DEZ

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

00-43866667-9

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Declarante o pai.

Certidão lavrada sob Livro nº A-341, às Folhas nº 115, sob o Termo nº 151718.

Nome do Ofício:

Tabelionato Deusdete Coelho - 1º Ofício

Oficial Registrador: **Deusdete Coelho Filho**

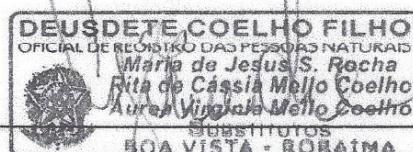
Município: **Boa Vista / RR**

End.: **Av. Ville Roy, 5623-E**

Cep: **69301-000** Fone: **95-36243050**

email: **tabdeus1@hotmail.com**

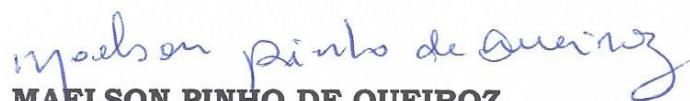
O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé.
Boa Vista / RR 16 de novembro de 2010



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA PARA FINS JUDICIAIS

Eu, **MAELSON PINHO DE QUEIROZ**, brasileiro, união estável, técnico em manutenção, telefone (95) 999167-8144, inscrito no CPF sob nº 382.872.262-87, residente e domiciliado a Rua Padre Caleri, 327, Bairro São Francisco, Boa Vista-RR, CEP: 69.305-250, E-mail maelsonrr1305@outlook.com, declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, compreendendo todos os atos processuais até decisão final do litígio, em todas as instâncias, nos termos do artigo 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal - CF c/c arts. 98 e 99 do Código de Processo Civil - CPC.

Boa Vista - RR, 10 de julho de 2019.


MAELSON PINHO DE QUEIROZ



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
COMANDO OPERACIONAL
COMPANHIA DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA



Aviso n° 1901
REGISTRO N°: 0028365
OCORRÊNCIA: TRAUMA CLÍNICO
CÓDIGO: T-05
REG. DE REFERÊNCIA: 28366

DATA	VIATURA	ÁREA DE ATUAÇÃO	HORÁRIOS	SAÍDA DA OBM	NO LOCAL	NA UNID. SAÚDE	NA OBM
22/08/18	RUA-15	<input checked="" type="checkbox"/> Leste <input type="checkbox"/> Oeste		13h57 min	14h02 min	14h34 min	14h45 min

1. DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

ENDEREÇO: R. VICENTE COZREIA LIMA XAVIER Nº - BAIRRO: ASA BRANCA
CIDADE: BOA VISTA PONTO DE REFERÊNCIA:
LOCAL DA OCORRÊNCIA RESIDÊNCIA TRABALHO VIA PÚBLICA OUTRO:

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: MELSON Pinho De Queiroz R.G.: 123061
D.N.: 13/05/1971 IDADE: 44 SEXO: Masculino Feminino NECESSIDADES ESPECIAIS: SIM NÃO
ENDEREÇO: RUA PADRE CALLER N 327 BAIRRO: SÃO FRANCISCO
CIDADE: BOA VISTA Telefone: 99167-8174

3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

- Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso o 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 N°: _____ SSP/_____
Testemunha: 02 MAI 2018 RG N°: _____ SSP/_____
Testemunha: _____ RG N°: _____ SSP/_____

4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Acima de 5 anos)

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. À dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado <input type="checkbox"/> 4. Confuso <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2. Sons incompr./ Gemidos <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais <input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. Reage a dor <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	15 Pontos

5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Abaixo de 5 anos)

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
<input type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. À dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 5. Palavras/ sorriso/ Olhar acompanha <input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado <input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente <input type="checkbox"/> 2. Agitação <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros <input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. sente dor, mas não retira <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	_____ Pontos

6. SINAIS VITAIS

PA: - FR: - FC: 76 BPM SpO2: 98% Temperatura: -

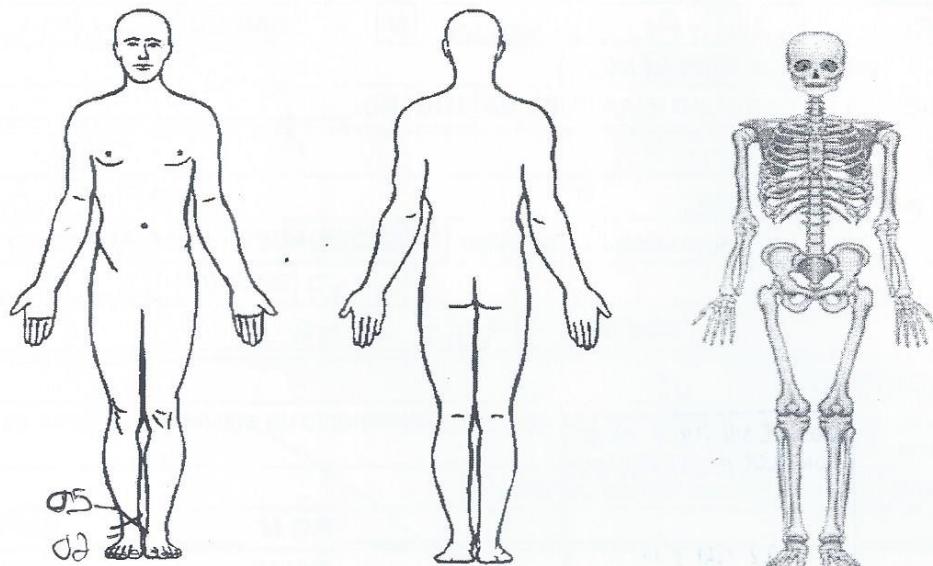
7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA
ALERGIA: NÃO SIM - QUAL (is): _____
USO DE MEDICAMENTOS: NÃO SIM - QUAIS: _____

8. CASOS CLÍNICOS			
<input type="checkbox"/> Emerg. Cardíaca	<input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Choque anafilático	<input type="checkbox"/> Alcoolismo
<input type="checkbox"/> Crise hipertensiva	<input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Suspeita de aborto	<input type="checkbox"/> Crise convulsiva	<input type="checkbox"/> Remoção inter-hospitalar
<input type="checkbox"/> Emerg. respiratória	<input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Complicações	<input type="checkbox"/> Desmaio/síncope	<input type="checkbox"/> Remoção casa-hospital
<input type="checkbox"/> AVE	<input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Outros	<input type="checkbox"/> Doenças infectocontagiosas	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Insuficiência Renal Aguda	<input type="checkbox"/> Emerg. Psiquiátrica	<input type="checkbox"/>

9. ORIGEM DO TRAUMA

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Suicídio/tentativa | <input type="checkbox"/> Queimadura - Química | <input type="checkbox"/> Vít. de envenenamento |
| <input type="checkbox"/> Acidente aéreo | <input type="checkbox"/> Ferimento arma branca | <input type="checkbox"/> Queimadura - Térmica | <input type="checkbox"/> Vít. de intoxicação |
| <input type="checkbox"/> Queda - plano elevado | <input type="checkbox"/> Ferimento arma de fogo | <input type="checkbox"/> Acid. com eletricidade | <input type="checkbox"/> Ataque animal |
| <input type="checkbox"/> Queda - própria altura | <input type="checkbox"/> Ferimento penetrante/perf. | <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Acid. animais peçonhentos |
| <input type="checkbox"/> Agressão física | <input type="checkbox"/> Ferimento Avulsão/amput. | <input type="checkbox"/> OVACE | <input type="checkbox"/> Emerg. produtos perigosos |
| <input type="checkbox"/> Agressão sexual | <input type="checkbox"/> Ferimento Esmagamento | <input type="checkbox"/> Vít. de soterramento | <input type="checkbox"/> Outros: |

10. 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



11. HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

AO CHEGARMOS NO LOCAL DA Ocorrência, A VÍTIMA ENCONTRAVA-SE EM D.D.H., APRESENTAVA LUXAÇÃO TRAUMÁTICA DE TORNOZELO DIREITO, COM LACERAÇÃO DA MUSCULATURA DA Perna E EXPRESSÃO ÓSSÍEA, MAS PRECISAMENTE DATIBIA. PERFUSÃO DE MEMBRO COMPROMETIDA. EQUIPE REALIZOU HEMOSTASIA E IMobilIZAÇÃO. EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADO DO SAMU ESTAVA NO LOCAL E ADMINISTROU MORFINA INTRAVENOSA. ENCAMINHADO AO P.S., ONDE FOI ENTREGUE COM SUA VITAS PRESERVADAS.

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

- | | | | | |
|---|---|-----|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Carteira de identidade | <input type="checkbox"/> Cartão magnético | Und | <input type="checkbox"/> Capacete | <input type="checkbox"/> Outros: |
| <input type="checkbox"/> CNH | <input type="checkbox"/> Cheque | FIs | <input type="checkbox"/> Calçado | |
| <input type="checkbox"/> CPF | <input type="checkbox"/> Dinheiro | R\$ | <input type="checkbox"/> Óculos | |
| <input type="checkbox"/> Título de eleitor | <input type="checkbox"/> Jóias | | <input type="checkbox"/> Relógio | |

Aos cuidados de:

RG:

ARTIFICIOS - DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

13. UNIDADE DE SAÚDE

- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> P.S. Francisco Elesbão | <input type="checkbox"/> Hosp. da Criança Santo Antônio | |
| <input type="checkbox"/> P.A. Airton Rocha | <input type="checkbox"/> Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré | <input type="checkbox"/> Outro: |
| <input type="checkbox"/> Policlínica Cosme e Silva | <input type="checkbox"/> Hosp. Unimed | 02 MAI 2011 |

14. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Crítico | <input type="checkbox"/> Instável | <input checked="" type="checkbox"/> Estável |
|----------------------------------|-----------------------------------|---|

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Soárez, 484 - Boa Vista - RS

15. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Chefe de equipe:	Sgt HELIO	Socorrista (s):	SD MARIA	Condutor da VTR:	SD FERNANDO	Resp. pelo preenchimento:	SGT HELIO
------------------	-----------	-----------------	----------	------------------	-------------	---------------------------	-----------

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

Assinatura:

Carimbo:

Documento de identidade:

Registro do Conselho (CRM, COREN):

22/05/2018

BLOCO F
F-09

...: Guia de Atendimento 02

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



1800954833	22/05/2018 14:31:55	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA					DIURNO 07-19	32	
Paciente MAELSON PINHO DE QUEIROZ		Data Nascimento 13/05/1974	Idade 44 A 0 M 9 D	CNS	CPF	Prontuário			
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 123061	Órgão Emissor Brasil	Data Emissão 10/05/2018	Sexo M	Estado Civil Solteiro	Raça/Cor PARDA	Naturalidade	Nacionalidade BRASIL	
Mãe MARIA BEZERRA DE PAIVA	Endereço - PADRE CALERE - 327 -	Pal	SEBASTIAO PINHO DE QUEIROZ					Contato	
								Ocupação NÃO INFORMADA	
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira			Validade	Autorização	Sls.Prenatal		
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência		Temp.	Peso	Pressão		
Selos GRANDE TRAUMA	Type de Chegada RESGATE	Procedimento Sol.			Registrado por: ELENILDA.SILVA				
Queixa Principal <i>Ensaio de moto</i>	(<input type="checkbox"/>) Síndrome Febril (<input type="checkbox"/>) Sintomático Respiratório (<input type="checkbox"/>) Suspeita de Dengue								
Anamnese de Enfermagem					GSC	TOTAL			
					AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h) <i>Paciente caiu de quando de moto, com lesão em m10, fratura exposta de t12</i>									
Exame Físico <i>B66, Corr e Apari, respirar ABCDE ok, teto em peito direito, dor de fratura exposta</i>									
Hipótese Diagnóstica									
SADT - Exames Complementares (<input type="checkbox"/>) RAIO-X (<input type="checkbox"/>) ULTRA-SON (<input type="checkbox"/>) TC (<input type="checkbox"/>) SANGUE (<input type="checkbox"/>) URINA (<input type="checkbox"/>) ECG (<input type="checkbox"/>) OUTROS: _____									
PRESCRIÇÃO <i>Migano 10mg Ev SAMU</i>					APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO			
					<div style="text-align: center;"> <small>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA AV. BRIG. EDUARDO GOMES, S/N Novo Planalto Tel (65) 2121-0620</small> AUTENTICAÇÃO <i>21 OUT 2018</i> </div>				
					<div style="text-align: center;"> <small>Certifico e Declaro que a presente cópia é uma reprodução original que foi apresentada neste Hospital</small> </div>				
Conduta (<input type="checkbox"/>) Alta por Decisão Médica (<input type="checkbox"/>) Alta a Pedido (<input type="checkbox"/>) Alta a Revelia (<input type="checkbox"/>) Transferência para: _____									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: <i>11/05/2018</i> </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica <input type="checkbox"/> Radiologia <input type="checkbox"/> Endoscopia <input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> Outros: <i>RM-BR2017</i> </div> </div>									
Óbito: Antes do 1º Atendimento? (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não Destino: (<input type="checkbox"/>) Família <div style="text-align: center;">ÁREA PROIBIDA PARA DESTINOS - IMPREVISTOS CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</div>									
Assinatura do Paciente ou Responsável					Cárimeo e Assinatura do Médico				
02 MAI 2018									
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> GENTE SEGURADORA S/A <i>Av. Cachão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR</i> </div>					<div style="text-align: right;"> 1800954833 </div>				
Impresso por: elenilda.silva Data Hora: 22/05/2018 14:35:14									

Residente vítima de acidente de moto com fratura de braço
com luxação de鹰嘴骨 (⑦) + não retorno de pulso membro

Ao. 60mm

V. não pulso (⑦).

- CD. A. CC.

Dr. Fernando Rezende
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2007



SAÚDE	SAÚDE	LAUDO FÁTAL OU INTIMAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		4 - CNES	
HGR		4 - CNES	
5 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		F-09	
HGR			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - NOME DO PACIENTE		466891	
8 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		7 - N° TSE	
9 - DATA DE NASCIMENTO		10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL	
13/01/1913		10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL	
13/01/1913		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
Av. Castilho Júlio Bezerra - 322		12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	
Porto Velho - RO		15 - UF	
16 - CEP		R 00000-000	
- JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO -			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Gestante + Luxojo. Exposta ao fogo. Internada com dano.			
18 - PRINCIPAIS QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Gestante + Luxojo. Exposta ao fogo. Internada com dano.			
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO-VERIFICADO			
02 MAI 2019			
GENTE SEGURADORA S/A Av. Castilho Júlio Bezerra, 404 - Bonfim - RR			
HOSPITAL GERAL DA RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Progresso - Tel. (65) 2121-0620			
ALESSANDRA			
25 OUT. 2019			
Certifico e Deu Fé que o presente			
21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS que foi apresentado neste Hospital			
- DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO -			
Gestante + Luxojo. Exposta ao fogo.			
- PROCEDIMENTO SOLICITADO -			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
Gestante + Luxojo. Exposta ao fogo.			
25 - CÓDIGO DO PRÓCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA			
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
28 - DOCUMENTO			
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
() CNS () CPF			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE			
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
Dra. Fernanda Rezende Médica Residente em Ortopedia e Traumatologia			
33 - N° DO BILHETE			
34 - SÉRIE			
35 - ACIDENTE DE TRABALHO			
36 - CNPJ DA SEGURADORA			
37 - N° DO BILHETE			
38 - SÉRIE			
39 - CNPJ EMPRESA			
40 - CNAE DA EMPRESA			
41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTONÔMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR			
45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
48 - ASSINATURA E CARMIM (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

22/5/18

Maelson Pinho de Oliveira

Diagnóstico: Fratura luxação exposta
DE TONNORTEO ①

① Paciente em DSH + aus/tesia

② Antissepsia + dor p/rn + corpos estranhos

③ Lavagem mecânica cirúrgica exaustiva

com mais de 20 litros - 50%

④ Fechamento, Apantilhado

+ Fixação externa

⑤ curativo

⑥ RPA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S/A Av. Ceará João Bozella, 184 - Boa Vista - RS

Dr. Maelson Pinho de Oliveira
Médico Cirurgião
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RS 1615

HOSPITAL GERAL DO RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Horizonte Tel (95) 2122-0620

AUTENTICAÇÃO

25 OUT 2019

Certifico e Dou Fé que o presente
côpia é da Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

Dr. Pedro Di Giovanni
Médico
CRM-RR 1615

GOUVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

MICHAEL ARTHUR

MECHAGOD - PROGA - DCBA - HOPE - EREDITY

7

Pterostylis conica } *sulciflora*
nitida } *longilabris*

22/05/18

Batista-ak

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A: Enf. Ixamibe 40 mg	20 ml	Roxo + vermelho	anotação: + morfina + cefazolin e dispositivos
B:			
C:			(Roxo + vermelho - soprotoxi + injeção de oxigênio e nitrato ferroso)
D:			
E:			
F:			
G:			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cápsula - Naso / Oro Faringes Naso / Otorrinofaringe - Cega Bal - Temp - Calibre do Tubo Sob Máscara	anotação: 1000 ml de suco de laranja com gás carbônico. Pingo turbinado estava com arquitetura 26G ou grande. Sólo o líquido cloro nunca teve infecção de bz A faseiro. São os que mais colisão tiveram
HODD			
SANGUE			
3F 3.9% 150ml		TEMPO DE ANESTESIA: 1:30	
TOTAL			

OPERACÃO

44-1987-546

CÓDIGO | CIRURGIÃO

Lariango - Esparto - Excesso Secre
Pecado do Pampulha - Rio de J.
-Domingos Vélez

Hemorragia - Arritmia
Brad: Taquicardia - Choque

PERDA SANGUNEA.

— 1 —

Bruno Thiago O.C. Pinto
MEDICO
CRM-RR 1025





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RECETRA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NO ME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA		
Maelson Pinho de Oliveira			22 / 05 / 18		
CIRURGIA					
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO				
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL		
Hr Cirurgia de Fratura Exposta da Tibia Direita	17:00	18:30			
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO Dr Pedro	ANESTESISTA: Dr Ailton	RES. ANESTESIA: Dr Emanuel			
1º AUXILIAR Dr Morello (R)	INSTRUMENTADOR				
2º AUXILIAR	CIRCULANTE <i>folcador + elaudenir</i>				
Tipo de Anestesia: Raquel	TEMPO DE DURAÇÃO:				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VAL
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID		0001	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	950 ml
1	PACOTES GAZE		0000	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLN	
1	LUVA ESTERIL 8.0		11	FIO MONONYLON N° 9,0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
	LÂMINA BISTURIN° 22			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N° 6 seiva p/ degumação	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA05 ML			KIT CATARATAN	
	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Atadura, de espuma	
	SERINGA20ML			FITA CARDIACA	
1	<i>Eletrodes</i>		1	OUTROS: Iodoexidine ± 100ml	
1	catheter floss		1	Alcool ± 200ml	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VAL
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Rebeca</i> <i>folleiana</i>		MATERIAL MEDICAMENTOS		
			SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
					SOMA
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO					
02 MAI 2018					
GENTE SEGURADORA S/A Av. Coronel Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR					

SISTEMA DE SERVIÇOS DE INFORMAÇÃO DA MATRIZAÇÃO

NOW [REDACTED] (M. A. B.)



卷之三

