



**ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA
CONSULTORIA E ASSESSORIA JURÍDICA**
PABLO SOUTO - ADVOGADO - OAB/RR Nº 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 judicium 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

1
✉ **Av. Santos Dumont, 663, São Pedro, Boa Vista/RR**
☎ **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



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 388/13

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

MAELSON PINHO DE QUEIROZ
R. PADRE CALERI 327 2 SAO FRANCISCO
CPF: 00038287226287
CEP: 69.305-250 - BOA VISTA

ROT: 14.001.06.02.025902

CEP: 09.503-250 - BOX 111

DADOS DA LEITURA		kWh	kVarh	DADOS DA LEITURA	
Atual:		5316		Atual:	27/06/2019
Anterior:		4889		Anterior:	30/05/2019
Constante de Multiplicação:		1,000		Próxima Leitura:	27/07/2019
Consumo Medido:		427		Emissão:	26/06/2019
Consumo Faturado:		427	FCAM	Apresentação:	27/06/2019
					28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat. Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	TDB1730157 N	1603970	1.1.1.2 444

HISTÓRICO KWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
MAI/19 324	CONSUMO 427 A R\$ 0,773664 = 330,35
ABR/19 481	CORRECAO MONETARIA DA 03/19-00 0,31
MAR/19 220	CORRECAO MONETARIA IG 03/19-00 2,90
FEV/19 99	MULTA POR ATRASO DE I 03/19-00 1,95
JAN/19 59	JUROS DE MORA POR ATR 03/19-00 0,48
DEZ/18 368	MULTA POR ATRASO 03/19-00 3,40
NOV/18 652	JUROS DE MORA DE IMPO 03/19-00 2,55
OUT/18 806	ILUMINACAO PUBLICA 31,54
SET/18 660	
AGO/18 640	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 427 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 12/07/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e reavaliada(s) no valor de R\$ 416,70 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO 49C7.44D4.4843.0154.C842.5569.FBCB.75FC

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

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

CENTRO 04/2019 157,81

ROT: 14.001.06.02.025902



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

SEU CÓDIGO
0055898-2

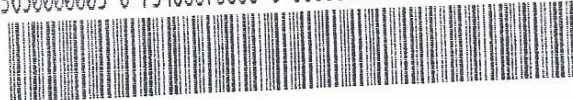
TOTAL A PAGAR - R\$
373,48

MÊS FATURADO
06/2019

VENCIMENTO
16/07/2019

Nº da Nota Fiscal: 003170112 FCAM

83650000003 6 734800/5000 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
ROXXI TECNOLOGIA LTDA - MATRIZ				47.379.565/0129-59		1
ESTAB	MATRÍCULA	NOME		FUNÇÃO		DEP FILI
129	6967540	MAELSON PINHO DE QUEIROZ		TECNICO MANUTENCAO II		02 02
C.R.	BCO	AG	CONTA	SALÁRIO	REFERÊNCIA	
393306	237	1383-8	16470-4	2.427,08/MES	30/JUNHO/2019	

ATA DE PAGAMENTO: 27/06/2019

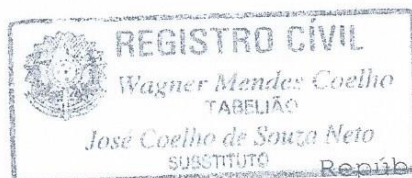
Total (selecionados): 0,00

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

** Programação de Férias **

Vencimento do Período Aquisitivo:
Programação de Férias Atual:
Antecipação do 13º Salário: %

Nro. de Dias Solicitado:
Abono Pecuniário:



República Federativa do Brasil
Registro Civil das Pessoas Naturais

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

LARA BIANCA QUEIROZ DO NASCIMENTO

MATRICULA:

096511 01 55 2010 1 00134 206 0081225 33

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO 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 EXTENSO Doze de março de dois mil e dez		Nº DNV Não informado		
OBSERVAÇÕES / ANOTAÇÕES Ato registrado no livro A-134, às folhas 206, sob o nº 81225.				

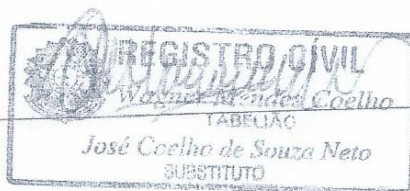
O conteúdo da certidão é verdadeiro, dou fé.
Boa Vista-RR, 12 de março de 2010

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 EXTENSO)

DIA

MÊS

ANO

VINTE E UM DE OUTUBRO DE DOIS MIL E DEZ

21

10

2010

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO

12:10

Boa Vista - RR

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO

LOCAL DE NASCIMENTO

SEXO

Boa Vista / RR

Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth

feminino

FILIAÇÃO

MAELSON PINHO DE QUEIROZ e FERNANDA CARNEIRO DO NASCIMENTO.

AVÓS

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

GÊMEO(S)

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

DEZESSEIS DE NOVEMBRO DE DOIS MIL E DEZ

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**

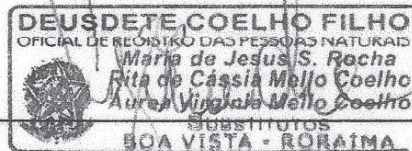
Município: **Boa Vista / RR**

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

Aviso 1991



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



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
22/05/18	RUA-15	<input checked="" type="checkbox"/> Leste <input type="checkbox"/> Oeste		13h57min	14h02min	14h39min	14h45min

1. DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

ENDEREÇO: R. VICENTE CARREIRA LIRA X FELIPE XAUD N° - BAIRRO: ASA BRANCA
CIDADE: BOA VISTA PONTO DE REFERÊNCIA:
LOCAL DA OCORRÊNCIA ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA ☐ OUTRO:

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: MARLSON PINHO DE QUEIROZ R.G.: 123061
D.N.: 13/05/1974 IDADE: 44 SEXO: ☒ Masculino ☐ Feminino NECESSIDADES ESPECIAIS: ☐ SIM ☒ NÃO
ENDEREÇO: RUA PADRE CALDERO 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 incomp./ 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:

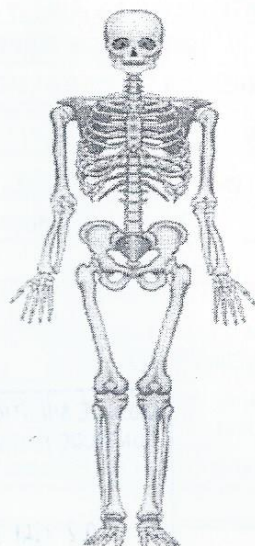
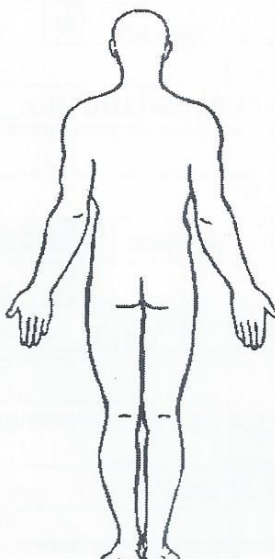
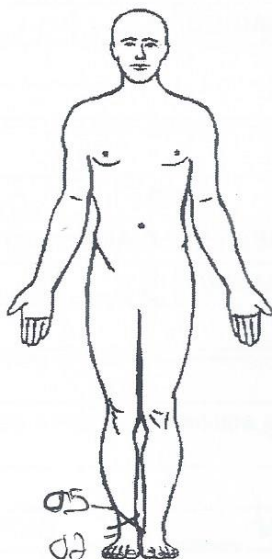
8. CASOS CLÍNICOS

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

9. ORIGEM DO TRAUMA

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Suicídio/tentativa | <input type="checkbox"/> Queimadura - Química | <input type="checkbox"/> Vit. de envenenamento |
| <input type="checkbox"/> Acidente aéreo | <input type="checkbox"/> Ferimento arma branca | <input type="checkbox"/> Queimadura - Térmica | <input type="checkbox"/> Vit. 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"/> Vit. 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 DDH, APRESENTAVA LUXAÇÃO TRAUMÁTICA DE TORNZELO DIREITO, COM LACERAÇÃO DA MUSCULATURA DA PERNA E EXPOSIÇÃO ÓSSEA, MAIS PRECISAMENTE DA TÍBIA. PERFUSÃO DE MEMBRO COMPROMETIDA. EQUIPE REALIZOU HEMOSTASIA E IMOBILIZAÇÃO. EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADO DO SAMU ESTEVE NO LOCAL E ADMINISTROU MORFINA INTRAVENOSA. ENCAMINHADO AO P.S., ONDE FOI ENTREGUE COM SINAIS VITAIS PRESERVADOS.

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 | Fls _____ | <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: _____

13. UNIDADE DE SAÚDE

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> P.S. Francisco Elesbão | <input type="checkbox"/> Hosp. da Criança Santo Antonio | |
| <input type="checkbox"/> P.A. Ailton 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 | |

14. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

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

15. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

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



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	
Tipo Doc IDENTIDADE 123061		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo M		Estado Civil	
Mãe MARIA BEZERRA DE PAIVA		Endereço - PADRE CALERE - 327 - -		Pal SEBASTIAO PINHO DE QUEIROZ		Raça/Cor PARDA		Naturalidade BRASIL		Nacionalidade	
Class. de Risco				Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada RESGATE		Procedimento Sol.		Registrado por: ELENILDA.SILVA		Sis. Prenatal		Pressão	
Queixa Principal <i>Queda de moto</i>				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem				GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6				TOTAL			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) <i>Paciente vítima de queda de moto, com lesão em M.D., ferimento exposto de t. braço</i>											
Exame Físico <i>BGG, LOR E, TAP, supinador ABCDE OK, tala em punho direita desde ferimento</i>											
Hipótese Diagnóstica											
SADT - Exames Complementares <input type="checkbox"/> RAO -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						APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO		
<i>Morfina 10mg EV SAMU</i>											
<i>Clonitina 2g (EV) OK</i>											
<i>ST 0,5 ml (TM)</i>											
<i>ST 0,5 ml (EV) OK</i>											
<i>Amoxicilina 1g (EV) OK</i>											
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:						<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta:					
óbito											
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica					
Assinatura do Paciente ou Responsável						Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: elenilda.silva Data Hora: 22/05/2018 14:35:14						<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 02 MAI 2018 GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR </div>					



1800954833

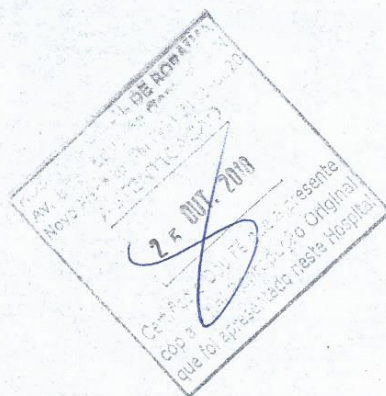
Acidente trânsito de ocidente de norte com fratura e luxa-
ção exposta de fêmur (D) + mão uterina de parte nua.

Do exame

Do exame (D).

CD: A. CC.

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



<p>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</p>	
<p>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</p> <p>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: <u>HGR</u></p> <p>2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: <u>HGR</u></p>	
<p>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</p> <p>3 - NOME DO PACIENTE: <u>F-09</u></p> <p>4 - Nº DO PRONTUÁRIO: <u>466891</u></p> <p>5 - DATA DE NASCIMENTO: <u>13/05/74</u></p> <p>6 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: <u>Marcelo Bezerra de Paula</u></p> <p>7 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): <u>Rua João - 322</u></p> <p>8 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <u>RR</u></p> <p>9 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: <u>RR</u></p> <p>10 - UF: <u>RR</u></p> <p>11 - CEP: <u>65478</u></p> <p>12 - TELEFONE DE CONTATO: <u>91591911265478</u></p>	
<p>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</p> <p>13 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <u>Suor + Lucido Exata de Tumor (D) com tipo histológico de parênquima</u></p> <p>14 - RELAÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <u>Tumor de parênquima</u></p> <p>15 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <u>Rx + Exame Clínico</u></p> <p>16 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: <u>Tumor de parênquima de Tumor (D)</u></p> <p>17 - CID 10 PRINCIPAL: <u>22</u></p> <p>18 - CID 10 SECUNDÁRIO: <u>05</u></p> <p>19 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: <u>10</u></p>	
<p>PROCEDIMENTO SOLICITADO</p> <p>20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>Tumor de parênquima de Tumor (D)</u></p> <p>21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: <u>RR</u></p> <p>22 - CLÍNICA: <u>Clínica</u></p> <p>23 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: <u>Clínica</u></p> <p>24 - DOCUMENTO: <u>() CNS () CPF</u></p> <p>25 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <u>22/05/18</u></p> <p>26 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <u>Dr. Fernando Rezende</u></p> <p>27 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <u>22/05/18</u></p> <p>28 - ASSINATURA: <u>Dr. Fernando Rezende</u></p> <p>29 - Cód. ORGÃO EMISSOR: <u>RR</u></p> <p>30 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>0408050497</u></p> <p>31 - SÉRIE: <u>5828</u></p>	
<p>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</p> <p>32 - ACIDENTE DE TRABALHO: <u>() EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO</u></p> <p>33 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO: <u>() EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO</u></p> <p>34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO: <u>() EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO</u></p> <p>35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO: <u>() EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO</u></p> <p>36 - CNPJ DA SEGURADORA: <u>() EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO</u></p> <p>37 - CNPJ EMPRESA: <u>() EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO</u></p> <p>38 - CNAE DA EMPRESA: <u>() EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO</u></p> <p>39 - CBOR: <u>() EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO</u></p> <p>40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: <u>() EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO</u></p> <p>41 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <u>22/05/18</u></p> <p>42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): <u>Dr. Fernando Rezende</u></p>	

22/5/19

MAELSON PINHO DE QUEIROZ

Diagnóstico Fratura luxação exposta
DE TORNOMELO ①

- ① Paciente em DDH + anestesia
- ② Antissepsia + limpeza + campos estéril
- ③ LAVAGEM MECÂNICA cirúrgica exaustiva
com MAIS DE 20 LITROS SF0,9%

④ Fechamento, aproximação
+ fixação externa

⑤ curativo

⑥ RPA



Dr. Marcelo de Jesus
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1615



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Saúde
FICHA DE ANESTESIA

Nome: Robson Paulo de Oliveira 440 22/05/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - HORAS - EFEITO
Paracetamol 500mg { 500mg }
Midazolam 5mg { 5mg } Bravado-RR

SÍMBOLOS	H. 20	02	15 30 45 1 15 30 45 15 30 45 15 30 45											
LIQUÍDOS VENOSOS	1	0	SF 500 SF 500 SF 500											
DA	°C	240												
X	38	220												
ULCO	36	200												
ANES	34	180												
X	32	160												
OP	30	140												
O	120													
ASPIR.	80													
A	60													
RESP	40													
O	20													
Expon														
Assist														
Contro														

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES e monitorização + checagem a disposições:
A	<u>Robson Paulo de Oliveira</u>	<u>Região anterior</u>	
B		<u>Região vis. mediana</u>	
C		<u>Com ventilação espontânea</u>	
D			
E			
F			
G			
GLICOSE	LIQUÍDOS	Cânula - Nazo / Oro Faríngea	
HDCC		Nazo / Orofaríngea - Cega	
SANGUE		Bal - Temp - Calibre do Tubo	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL		<u>1.30</u>	
OPERAÇÃO			
ANESTESIA			

Perda Sanguínea: Coagulável

Operação: Histocriomorfia da luxação e luxação exposta do 1º D.

Anestesia: Bravado-RR

CÓDIGO: 02 CIRURGIA: Bravado-RR

AOA

Bruno Thiago D. C. Pinheiro
MÉDICO
CRM-RR 1023

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 MAI 2019
GENTE SEGURODORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

① Oclotina 2g 10
② Diprômica 2g 10
③ Oclot. conj. 10
④ Ocl. conj. 10



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

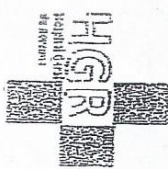
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Maelson Pinho de Queiroz				22 / 05 / 18	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
1ª cirurgia de Fratura Exposta da tíbia direita		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		17:00	18:30		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		DR. Ailton		
2º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:		DR. Emanuel		
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
2º AUXILIAR	CIRCULANTE		Laudes + elaudenir		
T. DE ANESTESIA: Rague		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VAL
7	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		7	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	250 ml
7	PAÇOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURINº 22			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 5.0 e 6.0 p/ degumação	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº	
	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Atadura de crepam	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
1	cateter f102		1	alcol 70% ± 200ml	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VAL
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Rebeca	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		Laudes	TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR



NAME: Walter P. The 2nd Deane

SAB - SISTEMATIZAÇÃO DA ...SISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

[illegible]

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 MAI 2013
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 494 - Boa Viagem - RR

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Paciente: Medeiros, Paulo de Oliveira
Idade: 37 anos
Sexo: M
Profissão: Engenheiro

Local: OR 01
Data: 02/07/2019
Hora: 14h30

Identificação de Paciente: CONFIRMADO
☒ Sim ☐ Não
Sítio Cirúrgico: CONFIRMADO
☒ Sim ☐ Não
Consentimento: CONFIRMADO
☒ Sim ☐ Não

Risco Cirúrgico: CONFIRMADO
☒ Sim ☐ Não se Aplica

Risco DFM: CONFIRMADO
☒ Sim ☐ Não se Aplica

Verificação de Segurança Anestésica: CONFIRMADO
☒ Sim ☐ Não se Aplica

Oxímetro de Pulso no Paciente em Funcionamento: CONFIRMADO
☒ Sim ☐ Não se Aplica

O Paciente Possui: CONFIRMADO
☒ Sim ☐ Não

Via Aérea Difícil/Risco de Aspiração: CONFIRMADO
☒ Sim ☐ Não

Risco de Perda Sanguínea > 500 ml: CONFIRMADO
☒ Sim ☐ Não

Assinatura: [Assinatura]
Hora: 14h30

ANTES DA INCISÃO

Anestesiologista: [Assinatura]
Cirurgião: [Assinatura]

Equipe Cirúrgica: CONFIRMADO (Sala Operatória)

Confirmar que todos os membros da Equipe se apresentaram pelo nome e função: CONFIRMADO
☒ Sim ☐ Não

Cirurgião, Anestesiologista e Enfermeiro Confirmaram Verbalmente: CONFIRMADO
☒ Sim ☐ Não

Identificação do paciente: CONFIRMADO
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

Eventos Críticos Preventivos: CONFIRMADO
☒ Revisão do Cirurgião:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ Revisão da Equipe de Anestes. A:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

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

A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos: CONFIRMADO
☒ Sim ☐ Não se aplica

Qual: [Assinatura]
Hora: 14h30

As imagens essenciais estão disponíveis: CONFIRMADO
☒ Sim ☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Sala: CONFIRMADO (Sala Pós Operatória)

Os profissionais da equipe de enfermagem ou da equipe médica confirmaram verbalmente com a equipe: CONFIRMADO
☒ Sim ☐ Não

1- O nome do procedimento registrado: CONFIRMADO
☒ Sim ☐ Não

2- Se as contagens de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas: CONFIRMADO
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

3- Como a amostra para anatomia patológica está identificada (incluindo o nome do paciente): CONFIRMADO
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Se há algum problema com equipamento para ser resolvido: CONFIRMADO
☒ Sim ☐ Não

☒ O cirurgião, o anestesiologista e a equipe de enfermagem revisaram preocupações essenciais para a recuperação e o manejo deste paciente: CONFIRMADO
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Área de Sinistros - DPVAT
Conteúdo não verificado

02 JUL 2019

Assinatura e Carimbo

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Castelo Branco 144 - São Paulo - SP