

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: CARLOS VINICIUS OLIVEIRA DE SOUSA, (Menor Impúbere), Brasileiro, Solteira, Estudante, portador do RG nº 57442-7 SSP/RR e inscrito na Certidão de Nascimento de nº 096511 01 55 2013 1 00159 219 0096251 36. Neste ato representado por seu genitor o Sr. **ORLANDO DE SOUSA**, Brasileiro, Solteiro, Autônomo, portadora do RG nº 4820096 SSP/PA e inscrita no CPF sob o nº 850.761.122-20, ambos residentes e domiciliados nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima à Rua: Angela evelim coelho, nº 844-5, Bairro: Senador Hélio Campos, CEP: 69.316-596, Tel. (95) 99121-2694, E-mail: gilvanoficial@hotmail.com

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

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

Boa Vista/RR, 27 de Agosto de 2019.

Orlando de Sousa

ORLANDO DE SOUSA

ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIONOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
TABELIONATO DO 2º OFÍCIO

REGISTRO CIVIL

Wagner Mendes Coelho

TABELIÃO

Jose Coelho de Souza Neto
SUBSTITUTO

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

CARLOS VINICIUS OLIVEIRA DE SOUSA

MATRÍCULA:

096511 01 55 2013 1 00159 219 0096251 36

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Ramalho, 111 - Boa Vista - RR

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Dezessete de agosto de dois mil e treze

DIA
17MÊS
08ANO
2013

HORA NASC

08h53min

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

Masc

FILIAÇÃO

ORLANDO DE SOUSA, natural de Esp. Santo/ES e NILDETE DE
OLIVEIRA SILVA, natural de São João da Baliza/RR

AVÓS

José Carlos de Sousa e Maria das Neves de Sousa
(paternos) e Zair Pereira da Silva e Eunice Joana de
Oliveira Silva (maternos)

GÊMEOS

Não

NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS

Nada consta.

DATA DE REGISTRO POR EXTENSO

Vinte e sete de agosto de dois mil e treze

Nº DNV

30-060480644-4

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Ato registrado no livro A-159, às folhas 219, sob o nº
96251. 1ª Via. Declarante: O paiO conteúdo da certidão é verdadeiro, dou
fé.
Boa Vista-RR, 27 de agosto de 2013

NOME DO OFÍCIO

Tabelionato do 2º Ofício

OFICIAL REGISTRADOR
Wagner Mendes CoelhoMUNICÍPIO/UF
Boa Vista-RR

ENDEREÇO

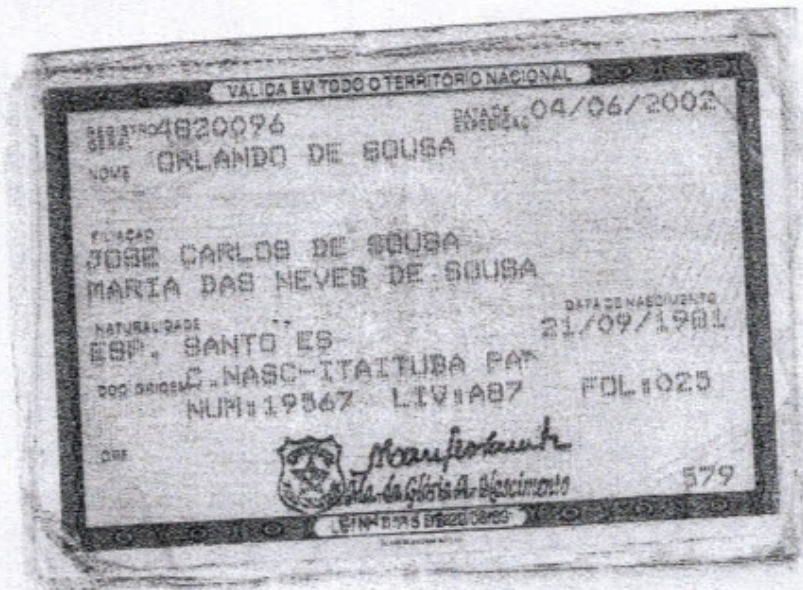
Av. Atáide teive, 2.042

REGISTRO CIVIL
Wagner Mendes Coelho
TABELIÃO
Jose Coelho de Souza Neto
SUBSTITUTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ	
	
Polg. Direito	
IDADE PRÉ-ESCOLAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	571442-7
DATA DE EXPEDIÇÃO	12/07/2019
NOME	CARLOS VINICIUS OLIVEIRA DE SOUSA
FILIAÇÃO	ORLANDO DE SOUSA NILDETE DE OLIVEIRA SILVA
NATURALIDADE	BOA VISTA - RR
DOC. ORIGEM	CERTD NASC 96251 FLS 219 LIV A-159
OP	2 OF BOA VISTA-RR
AMADEU ROCHA TRIANI Ponto Programático do Polícia Civil Diretor de ROR	
1ª VIA	LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

ORLANDO DE SOUSA, Brasileiro, Solteiro, Autônomo, portadora do RG nº 4820096 SSP/PA e inscrita no CPF sob o nº 850.761.122-20, ambos residentes e domiciliados nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima à Rua: Angela evelim coelho, nº 844-5, Bairro: Senador Hélio Campos, CEP: 69.316-596, Tel.

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

Boa Vista/RR, 27 de Agosto de 2019.

x Orlando de Sousa
ORLANDO DE SOUSA

POLEGAR DIREITO

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 3397908

BENEDITA GALDINA DE SOUSA

R. ANGELA EVELIM COELHO, 844 , 5

SENADOR HELIO CAMPOS 69316596 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1367170	08/2019	10-JUL-19 a 09-AUG-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
125	01-SEP-19	R\$ 179,40

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

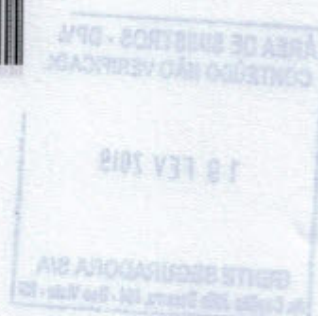
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1367170	08/2019	R\$ 179,40

836000000015.794000750008.000000001362.717008190059



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

ORLANDO DE SOUSA, Brasileiro, Solteiro, Autônomo, portadora do RG nº 4820096 SSP/PA e inscrita no CPF sob o nº 850.761.122-20, ambos residentes e domiciliados nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima à Rua: Angela evelim coelho, nº 844-5, Bairro: Senador Hélio Campos, CEP: 69.316-596, Tel.

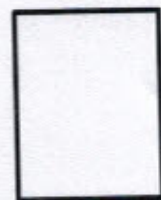
DECLARO para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

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

Boa Vista/RR, 27 de Agosto de 2019.

Orlando de Sousa

ORLANDO DE SOUSA



POLEGAR DIREITO

ADVOCACIA

CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

EU, Orlando de Souse, CPF nº 850.761.122-20

Residente e domiciliado à rua Angelo Evelim, nº 844-5, bairro

San hilio Campos, na cidade de Boa Vista, estado de Roraima, declaro que sou trabalhador (a) autônomo (a), desenvolvendo atividade de

Serviços Gerais recebendo uma renda mensal em média de

R\$ 954,00, não podendo ser demonstrada em contracheque ou em extrato bancário por receber de forma avulsa, e de acordo com o serviço prestado.

Ratifico serem verdadeiras as informações acima prestadas.

Boa Vista-RR, 27 de Agosto de 2019.

Orlando de Souse

você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricitista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 82.495 Série 0001818

ASSINATURA DO PORTADOR

Adalberto de Souza



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome
Loc. Nasc.
Filiação
Doc. Nº

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / Estado
Obs.:
Data Emissão / / DFT
Assinatura do Funcionário:
Chefe de Seção:
MTE. MONTES CARLOS

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
Doc.
Nome
Doc.
Nome
Doc.
Est. Civil
Doc.
Est. Civil
Doc.
Nascimento
Doc.

12

CONTRATO DE TRABALHO
06.185.371/0001-71Empregador **F. G. NOGUEIRA - ME**CNPJ/MF **Rua Solon Rodrigues Pessoa, 1430 - Santa Luzia**Rua **CEP. 69317-178**Município **Boa Vista - RR**

Esp. do estabelecimento

Cargo **Auxiliar de Serviços****Cerâmicas** CBO nº **514120**Data admissão **01** de **Abril** de **10**Registro nº **0000003** Fls/Ficha **Folha 24**Remuneração especificada **R\$ 510,00****(Guinheito e Duz. Reais)****F. G. NOGUEIRA - ME**

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

EMPRESÁRIO

1º

Data saída **31** de **agosto** de **2014****F. G. NOGUEIRA - ME**

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Flavio Gomes Nogueira**EMPRESÁRIO**

Com. Dispensa CD Nº

13

CONTRATO DE TRABALHOEmpregador **R. de Fatima Cristofoli ME**CNPJ/MF **18.984.875/0001-30**Rua **Al. Raimundo Rodrigues, Nº 1979**Município **Boa Vista** Est. **Roraima**

Esp. do estabelecimento

Cargo **Motorista**

CBO nº

Data admissão **01** de **Fevereiro** de **2015**

Registro nº Fls/Ficha

Remuneração especificada **R\$ 1.088,40 mil****e oitenta e oito reais e quatro milésimos****Antares R. de Fatima Cristofoli**

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

EMPRESÁRIO

1º

Data saída **31** de **Outubro** de **2015****Rosane de Fatima Cristofoli**

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

EMPRESÁRIO

1º

Com. Dispensa CD Nº

14

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador R. de Fátima Cristofoli
ME
CNPJ/MF 18.984.875/0001-30
Rua N. Raimundo R. Coelho N° 1979
Município Boa Vista Est. Roraima
Esp. do estabelecimento
Cargo hidrante
CBO n°
Data admissão 01 de março de 2016
Registro n° Fls/Ficha
Remuneração especificada R\$ 1.088,40 (mil
oitenta e oito reais e quarenta cen
tavos) Rosane de Fátima Cristofoli
EMPRESÁRIA
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1° 2°
Data saída 01 de março de 2018
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1° 2°
Com. Dispensa CD N°

15

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
CNPJ/MF
Rua N°
Município Est.
Esp. do estabelecimento
Cargo
CBO n°
Data admissão de de
Registro n° Fls/Ficha
Remuneração especificada
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1° 2°
Data saída de de
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1° 2°
Com. Dispensa CD N°

22

CONTRIBUIÇÃO

[illegible]

23

SINDICAL

[illegible]

34

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de 2016/2017
de 01/05/2016 a 30/09/2016

F. G. NOGUEIRA - ME

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de 2016/2017
de 10/03/2016 a 09/04/2017

Rosângela Fátima Cristofoli

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de / / a / /

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de / / a / /

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de / / a / /

Assinatura do empregador

35

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de
de / / a / /

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de / / a / /

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de / / a / /

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de / / a / /

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de / / a / /

Assinatura do empregador

36

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de
de/...../..... a/...../.....

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de/...../..... a/...../.....

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de/...../..... a/...../.....

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de/...../..... a/...../.....

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de/...../..... a/...../.....

Assinatura do empregador

37

FGTS — Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
(Lei nº 5.107/66, regulamentada pelo Dec. nº 59.820/66)

OPÇÃO

RETRATAÇÃO

...../...../.....
Dia Mês Ano

97/08/11
Dia Mês Ano

Banco depositário

Agência

Praça

Estado

Empresa

Carimbo e assinatura do empregador

OPÇÃO

RETRATAÇÃO

...../...../.....
Dia Mês Ano

...../...../.....
Dia Mês Ano

Banco depositário

Agência

Praça

Estado

Empresa

Carimbo e assinatura do empregador

42

ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato do trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

O portador da presente carteira foi admitido pelo prazo experimental de 45 dias, podendo o contrato ser prorrogado por mais 45 dias, obedecendo o disposto no Parágrafo Único do Artigo 445 da CLT e o contrato acordo ser rescindido por qualquer das partes, independente de indenização ou Aviso Prévio.

x Flávio G. NOGUEIRA - ME

Flávio Gomes Nogueira
EMPRESÁRIO

43

ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato do trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

O portador da presente carteira foi admitido pelo prazo experimental de 45 dias, podendo o contrato ser prorrogado por mais 45 dias, obedecendo o disposto no Parágrafo Único do Artigo 445 da CLT e o contrato acordo ser rescindido por qualquer das partes, independente de indenização ou Aviso Prévio.

x



24

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em 01/10/10 Para R\$ 539,48
Na função de a mesma
CBO por motivo de Concurso

Flávio Gomes Nogueira
Assinatura do empregador

Aumentado em 01/01/11 Para R\$ 560,00
Na função de a mesma
CBO por motivo de Concurso

Flávio Gomes Nogueira
Assinatura do empregador

Aumentado em 01/03/11 Para R\$ 565,00
Na função de a mesma
CBO por motivo de Concurso

Flávio Gomes Nogueira
Assinatura do empregador

Aumentado em 01/07/10 Para R\$ 1.159,15
Na função de a mesma
CBO por motivo de Concurso

Rosângela Fátima Cristofari
Assinatura do empregador

25

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em 01/11/17 Para R\$ 1.193,92
Na função de a mesma
CBO por motivo de Concurso

Rosângela Fátima Cristofari
Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
Na função de
CBO por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
Na função de
CBO por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
Na função de
CBO por motivo de

Assinatura do empregador



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 000670/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/01/2019 10:11 Data/Hora Fim: 09/01/2019 10:41
Origem: Polícia Judiciária Data: 09/01/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 17/08/2018 17:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Rua Angela Galdina de Sousa

Tipo do Local: Via Pública

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 FEV 2019

Bairro: Senador Hélio

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Dantas, 484 - Boa Vista - RR

Natureza

1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ORLANDO DE SOUSA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - Itaituba

Sexo: Masculino

Nasc: 21/09/1981

Profissão: Motorista

Estado Civil: União Estável

Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Nome da Mãe: Maria das Neves de Sousa

Nome do Pai: José Carlos de Sousa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 850.761.122-20

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Angela Evelim Coelho

Complemento: Apartamento 05

Bairro: Senador Hélio Campos

Telefone: (95) 99121-2694 (Celular)

Nº: 844

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: CARLOS VINICIUS OLIVEIRA DE SOUSA (VÍTIMA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 17/08/2013

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Escolaridade: Sem instrução

Nome da Mãe: Nildete de Oliveira Silva

Nome do Pai: Orlando de Sousa

Endereço

Município: Boa Vista - RR



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha

Impresso por: Jefferson Inacio Araujo

Data de Impressão: 09/01/2019 10:42

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 000670/2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)	
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Envolvimentos
Nome Envolvido	Proprietário
Desconhecido 1	

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante ORLANDO DE SOUSA compareceu nesta Delegacia para informar que seu Filho CARLOS VINICIUS OLIVEIRA DE SOUSA, conforme hora, data e local foi atropelado por um veículo quando andava de bicicleta. Que CARLOS VINICIUS sofreu lesões corporais e foi levado à Policlínica Cosme & Silva por familiares e posteriormente removido para o Hospital da Criança Santo Antônio. Que o veículo ocasionador evadiu-se do local, não sabendo informar nenhuma característica identificadora do mesmo, apenas que se tratava de um FIAT/PÁLIO DE COR PRATA QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inácio Araújo
Agente de Polícia Civil
Mat. 042000909
Jefferson Inácio Araújo
Responsável pelo Atendimento

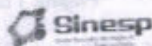
Orlando de Sousa

09 JAN. 2019

AGENTE DE PC
CONFÉD

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

ÁREA DE MINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. CapRô J. do Dacosta, 444 - Boa Vista - RR



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inácio Araújo
Data de Impressão: 09/01/2019 10:42
Protocolo nº: Não disponível

17/08/2018

... Guia de Atendimento 02 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
POLICLINICA COSME E SILVA
RUA DELMAN VERAS, S/N, PINTOLANDIA



1800419330	17/08/2018 18:07:12	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		TARDE 18-19	6
Paciente		Data Nascimento		Idade	CNS	Prontuário	
CARLOS VINICIUS OLIVEIRA DE SOUSA		17/08/2013		5 A 0 M 0 D			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
				M		PARDAS	BRASILEIRA
Mãe		Pai		Contato			
NILDELE OLIVEIRA SILVA		N.I					
Endereço						Ocupação	
RUA -- SN --							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Poso	Pressão
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA						
Sotor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:			
SUTURA	DEMANDA ESPONTANEA			ELENILDA.SILVA			
Queixa Principal							
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ 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) Paciente vítima de atropelamento enquanto brincava de bicicleta sozinho no mo. Quisando das antenas e exame físico primo esquerdo + cotovelo + mass. RG, RAS, normocondo, nichos, expunção

Hipótese Diagnóstica
Atropelamento por carro.

SADT - Exames Complementares

☐ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Paciente assistido, seg. SF 0,9%. 250ml de soro. Duplex 0,5 ml de soro.		ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 19/08/2019 GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Batista 434 - Boa Vista - RR

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☒ Transferência para: hospital de cirurgias Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Dr. Silvana Vasconcelos
Dra. Silvana Vasconcelos
Port.Int. 038/15
CRM - RR 1600

Impresso por: elenilda.silva
Data Hora: 17/08/2018 18:09:54

1800419330

ntas:60895845253,

27/08/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Guia de Atendimento do HGR Parte 1

ênig Social

acompanhamento Social ao pais do menor, com
intencões pertinentes a demanda.

[Handwritten signature]

CONFERE COM ORIGINAL

Dra. Silvia Vasconcel
Dir. Clínica PACS/SESAU
Port. Int. 038/18
CRM - RR 15.371

Em
Ass:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 FEB 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Baccaro, 434 - Boa Vista - RJ

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 FEB 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Baccaro, 434 - Boa Vista - RJ





Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde - SMSA
Hospital da Criança Santo Antônio

79482

Urgência/Emergência

17/08/2018

PRONTUÁRIO
42065

Cartão do SUS:

Nome:

CARLOS VINICIUS OLIVEIRA DE SOUSA

Mãe:

NILDETE DE OLIVEIRA SILVA

Data Nascimento:

17/08/2013



M

Sexo:

CONFIRMAR COM O ORIGINAL.
07/08/19
Assinatura

42065





Ficha de Atendimento
URGENCIA/EMERGENCIA
Cor Classificação: VERMELHO

Senha: UE0257

Data de Emissão: 17/08/2018 20:41

Usuário do Cad.: ALDEFRAN.LIMA



79482

Nº 11.419/2006
Assinado digitalmente
por PJLEE EA9FR 6G48K KNPCB**DADOS DO PACIENTE**

Prontuário: 42065 Data Nascimento: 17/08/2013 / Idade: 5 Anos / 0 Mês / 0 Dia
Nome do Paciente: CARLOS VINICIUS OLIVEIRA DE SOUSA
Sexo: MASCULINO
Endereço: S - 29 Naturalidade: BOA VISTA
Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS Número: 844
CEP: 69309000 Cidade: BOA VISTA
Nacionalidade: BRASILEIRO (A) Telefone: 991212694
Nome da Mãe: NILDETE DE OLIVEIRA SILVA CNS:

DADOS DO RESPONSÁVEL

Responsável: NILDETE DE OLIVEIRA SILVA Parentesco: MAE Fone: 991212694
Identidade: CPF:

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 79482 Data Atendimento: 17/08/2018 19:34:09 Data Classificação: 17/08/2018 19:34
Origem: RECEPÇÃO URGENCIA/EMERGENCIA Tipo: UE || URGENCIA E EMERGENCIA
Local de Procedência: DOMICILIO
Queixa Principal: ACIDENTE DE CARRO

Observação:

Peso: 16 KG Temp.: 36.5 Usuário triagem: AILTON DOS REIS MORAES

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão João Boreira, 484 - Boa Vista - RR**ANAMNESE/HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

19:39h. Criança vítima de atropelamento (Carro-Bicicleta) / el trauma na região frontal e membro superior esquerdo, foi tratado pelo SAMU desde o PA Cosme e Silva. Refere dor intensa na perna, chorosa. Cluprico / Hidratado / Febre / Hematoma região frontal / Ext: Membro superior. Lesg imobilizados, pulsos pedios presentes. / EC < 3sg. Foi administrado dipirona no Cosme. Quadril

EXAMES SOLICITADOS:

① Solicito Rx Crânio / Região Cervical / punho
② Trauma: 16uy EV + SF 0,5% - 50ml Tibia e peroneo

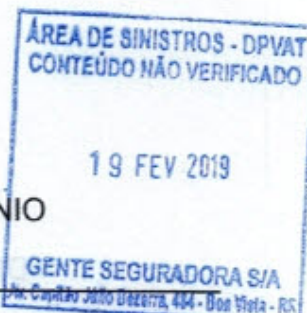
CONDUTA:

Assinatura e Carimbo do Médico
Martha J. Mendoza R.
Médica
CRM 1852/RR

Assinatura do Paciente/Responsável



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIREÇÃO DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
PROTOCOLO



CHECKLIST QUE COMPÕE O PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA.

CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA:

1- Identificação do paciente:	<u>Carlos Vinicius Oliveira</u>
2- Local da Cirurgia à ser feita:	<u>Ceno Pequeno Pediatras</u>
3- Procedimento a ser realizado:	<u>Ceno Pequeno Pediatras</u>
4- Consentimento informado realizado :	() SIM (X) NÃO
5- Checagem do Equipamento Anestésico:	(X) SIM () NÃO
6- Oxímetro de Pulso Instalado e Funcionando :	(X) SIM () NÃO
7- O Paciente tem Alguma Alergia? () SIM (X) NÃO	
- Sim, alergia a quê? _____	
8- Há Risco de Via Aérea Difícil e/ ou Broncoaspiração?	() SIM (X) NÃO
9- Há Equipamentos disponíveis para atender intercorrências supracitadas?	(X) SIM () NÃO
10- Há Risco de Perda Sanguínea > 500ml (7ml/Kg em Crianças)?	() SIM (X) NÃO
11- Há acesso venoso e planejamento para reposição?	(X) SIM () NÃO

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA:

1- Todos os Profissionais da Equipe Confirmam Nomes:	
- Cirurgião: <u>Dr. Tonatas</u>	Cirurgião Auxiliar: <u>Marlon Brunner</u>
- Anestesista: <u>Dr. Leanniffer</u>	Instrumentador: _____
- Enfermeiro (a): <u>Silvia</u>	
- Técnicos de Enfermagem: <u>Leizomar</u>	
2- Antecipação de Eventos Críticos? Revisão do Cirurgião (X) Sim () Não	
Há passos críticos na cirurgia () Sim (X) NÃO	
3- Qual sua duração estimada? () 1 Hora () 2 Horas () 3 Horas (X) Outras	
4- Há possíveis perdas sanguíneas? () SIM (X) NÃO	
5- Revisão do Anestesista:	
- Há alguma preocupação em relação ao Paciente? () SIM (X) NÃO	
6- Revisão da Enfermagem:	
- Houve Correta esterilização do instrumental cirúrgico? (X) SIM () NÃO	
- Há alguma preocupação em relação aos equipamentos? () SIM (X) NÃO	
7- O Antibiótico Profilático foi administrado nos últimos 60 minutos?	
(X) SIM () NÃO	
8- Exames de Imagem estão disponíveis? (X) SIM () NÃO	



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIREÇÃO DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
PROTOCOLO

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA

1- Enfermagem confirma verbalmente com a Equipe:

- Nome do procedimento realizado.
- Se a contagem de compressas, instrumentos e agulhas estão corretas:
☒ SIM () NÃO

2- Biópsias estão identificadas e com solicitações médicas?

() SIM ☒ NÃO

3- Houve algum problema com Equipamentos que devem ser resolvidos?

() SIM ☒ NÃO

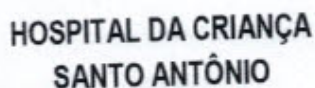
- Cirurgião, Anestesiista e Enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória do paciente.

Observação:

Assinatura :

Silvia Rodrigues Guerreiro
Enfermeira
COREN-RR 248041

CONFIRMAR COM ORIGINAL
Assinatura



FICHA DE MATERIAL DE CONSUMO EM CIRURGIA



NOME DO PACIENTE <u>Carlos Vemais</u>		APTº/LEITO	Nº PRONTUÁRIO	DATA	
CIRURGIJA/TIPO <u>Cobertura de Borno Pélica</u>		TEMPO DE DURAÇÃO	INÍCIO	FIM	
EQUIPE MÉDICA <u>Podalva</u>		TEMPO TOTAL			
CIRURGIÃO <u>Dr. Jhonatas</u>		ANESTESISTA <u>Dr. Jeaniffer</u>			
1º AUXILIAR <u>Dr. Marcos</u>		INSTRUMENTADOR			
2º AUXILIAR		CIRCULANTE <u>Leandro</u>			
T. DE ANESTESIA <u>A.G.V</u>		TEMPO DE DURAÇÃO			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATUGT SIMPLES Nº			HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATUGT SIMPLES Nº			FRASCOS SORO FISIOLÓGICO % CC	
	VICRYL			FRASCO SORO	
	CATUGT			FRASCO SORO GLICOSADO % CC	
	CATUGT CROMADO Nº			FRASCO SORO GLICOSA % CC	
	CATUGT CROMADO Nº			XYLOCAÍNA % CC	
	CATUGT ATRAUMÁTICO RETO			ALGODÃO	
	CATUGT ATRAUMÁTICO CURVO			JELCO	
	FIOS SEDA Nº			PUPI ALCÓOL	
	FIOS DE ALGODÃO Nº			POLVIDINE DEGERMANTE	
	MONONYLON C/ AGULHA			ÁLCOOL 70%	
	MONONYLON S/ AGULHA			POLVIDINE TÓPICO	
	UNIDADE DE GAZE			GLICOSE %	
	PARES DE LUVA Nº 7.0, 7.5			ATADURA DE CREPOM Nº	
	EQUIPOS P/ SORO			ATADURA GESSADA Nº	
	ROLOS DE ESPARADRAPO			ÁGUA OXIGENADA	
	DRENOS Nº			ALGODÃO ORTOPÉDICO Nº	
	SONDAS Nº			CATENA OV	
	AGULHAS				
	COMPRESSAS				
	LÂMINAS P/ BISTURI				
SOMA DOS MATERIAIS		SOMA DOS MEDICAMENTOS			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA		DEBITAR NA C.C. DO PACIENTE		VALOR	
VISTO DOS RESPONSÁVEIS					
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA (O) CHEFE			
FUNCIONÁRIO (A)/CÁLCULOS		FUNCIONÁRIO(A)/C.C DO PACIENTE FEITO LANÇAMENTO			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		MATERIAL/MEDICAMENTOS			
		SUB-TOTAL			
		TAXA DE SALA/E ANESTESIA			
		SOMA			
ATENÇÃO: ESCREVA NO VERSO SE NECESSÁRIO					



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO
ANTÔNIO

FICHA ANESTÉSICA

14/09/18



RE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA EFEITO

Nome: Carlos Vinícius Oliveira

Prontuário 042.665

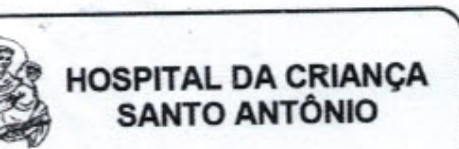
N2O		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	
AGENTES	1/2																
LÍQUIDOS VEN	500 ml	100 H2O															
DA	°C	240	ECS + FCT + PA + SP02														
X PULSO	38	220															
O	36	200															
ANES	34	180															
X OP	32	160															
O	30	140															
TEMP	120																
ASP.	100																
TEMP	80																
RESP	60																
EXPONT.	20																
ASSIST.																	
CONTRO																	

ÁREA DE SINISTROS - DPVA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 FEV 2019

CENTE SEGURADORA S/A
CNPJ 06.908.000/0001-91 - Boa Vista - PE

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Fentanil	50 mcg	Anestesia Geral Vênosa	1. manutenção
B midazolam	2 mg	Intubação espontânea	2. Fentanil 50mcg (C)
C Cetamina	10 mg		3. midazolam 2mg (C)
D			3. Cetamina 10mg (C)
E			
F			
G			
GLICOSE			
NDGD			
SANGUE			
		Cânula - Naso/Oro Faringea	
		Bal - Tamp - Calibre do Tubo	
		Dificuldade Técnica	
		Naso/Orotraqueal - Cega	
		Sob Máscara	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL	250 ml	30 min	x. Segue a SRPA
OPERAÇÃO	Gesso piloso - pedálico		Laringo - Espasmo-Excesso Secrio. Depressão Hemorragia - Arritmia Brad
ANESTESISTAS	Dra. Jeanniffer Cruz		Respiratório - Hipoxia "Bucking" - Vômito Taquicardia - Choque
	Anestesiologista CRM/RR 1427 RQE-21		PERDA SANGÜINEA
	COD	CIRURGIÃO	
		Dr. Jônatas	



RELATÓRIO CENTRO
CIRURGICO



BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: 17/08/18 O.S. _____

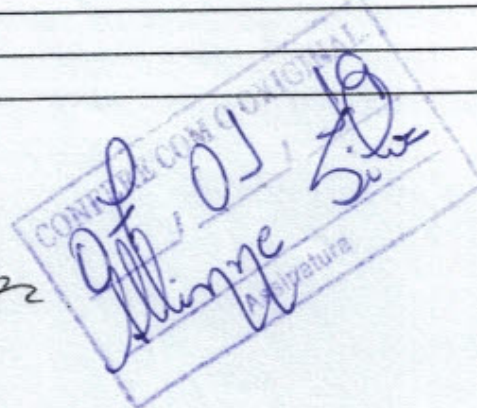


agnóstico Pré- Operatório fratura femur @
Indicação Terapêutica Tto cirurgico
Tipo de intervenção Tração esquelética transitória
Medicações e Acidentes Ø

Cirurgião Dr. Marlon 1º Auxiliar _____
Instrumentadora _____
Anestesiistas _____
Anestesia _____
Início _____ Fim _____ Duração _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

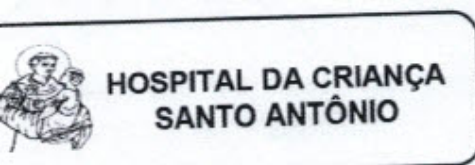
- ① Paciente em MMA.
- ② Anestesia local.
- ③ Posição no "K" Transitória
- ④ Curcuma Maciça.
- ⑤ Curcuma
- ⑥ ao Brevet.



Dr. Marlon Tavares Dantas
Ortopedia e Traumatologia
CRM 17.116
Dr. Marlon
Assinatura

17.08.18
Data

Assinatura



RELATÓRIO CENTRO
CIRURGICO



BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: 14/09/18 O.S. _____

Carlos Vinícius

Diagnóstico Pré- Operatório fratura no femur (L)

Indicação Terapêutica _____

Tipo de intervenção osteotomia percutânea

Medicações e Acidentes Ø

Cirurgião Dr. Jovian 1º Auxiliar Dr. Marcos

Instrumentadora _____

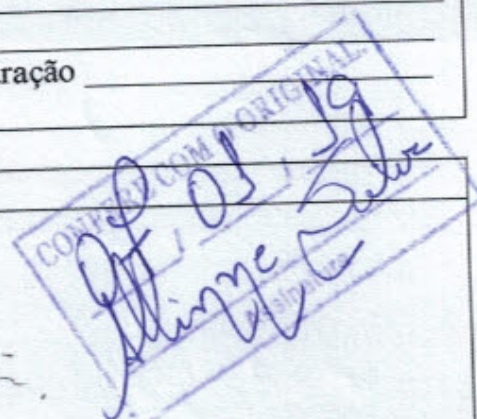
Anestesistas _____

Anestesia _____

Início _____ Fim _____ Duração _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em MB
- 2) anestesia local
- 3) punção viníscula na região
- 4) punção dorsal
- 5) colocar gesso percutâneo
- 6) ao Baco



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

Assinatura

14/09/18
Data

SINISTRO 3190153739 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CARLOS VINICIUS OLIVEIRA DE SOUSA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO CARLOS VINICIUS OLIVEIRA DE SOUSA
CPF/CNPJ: 85076112220

Posição em 27-08-2019 10:17:23

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, Clique aqui e registre uma solicitação para que possamos checar mais detalhes sobre seu caso. Em até 72 horas, entraremos em contato.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/02/2019	R\$ 945,00	R\$ 0,00	R\$ 945,00

