

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: MATEUS DE SOUSA MAIA, Brasileiro, solteiro, atendente, portador do RG nº 8655350 SSP/RR e inscrito no CPF sob nº 040.234.952-04, residente e domiciliada, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Marieta Melo Marques nº 243, Bairro: Dr. Silvio Leite, CEP: 69.314-354. Telefone: (95)99144-4035, E-mail: juridicosememail@gmail.com,

Outorgado: Dr. MARLON TAVARES DANTAS, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR 1832, OAB/PA 27.108-A, OAB/AM A1261, Dra. ELINEIVA COSTA SILVA, Brasileira, Solteira, Advogada OAB/RR 1743, Dra. EDLANE LEÃO DE ALBUQUERQUE, Brasileira, Solteira, Advogada OAB/RR 1950, ambos com o endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) -99171-7145 / 99117-5392 (escritório), (95) -99129-6312 / 98108-7779 (pessoal), 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, pedir Justiça Gratuita, assinar declaração de hipossuficiência econômica 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. Da Gratuidade da Justiça, em conformidade com a norma do artigo 105 da lei 13.105/2015.

BOA VISTA/RR, 23/10/2020


MATEUS DE SOUSA MAIA

CAIXA
POUPANÇA

5067 2250 8685 1781
VALID DATE

MATEUS DE SOUSA MAIA 10/24
3906 013 00018131-0

elo



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

MATEUS DE SOUSA MAIA, Brasileiro, solteiro, atendente, portador do RG nº 8655350 SSP/RR e inscrito no CPF sob nº 040.234.952-04, residente e domiciliada, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Marieta Melo Marques nº 243, Bairro: Dr. Silvio Leite, CEP: 69.314-354.

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, 23/10/2020


MATEUS DE SOUSA MAIA





AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

NF: 6224285

ANTONIO ALVES SOUSA

R. MARIETA MELO MARQUES, 243,
DR. SILVIO LEITE

69314354 BOA VISTA

RR

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



AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO
631841

MES
10/2020

TOTAL A PAGAR
R\$ 236,50

836000000023.3650075007.00000000638.184110200054

ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

MATEUS DE SOUSA MAIA, Brasileiro, solteiro, atendente, portador do RG nº 8655350 SSP/RR e inscrito no CPF sob nº 040.234.952-04, residente e domiciliada, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Marieta Melo Marques nº 243, Bairro: Dr. Silvio Leite, CEP: 69.314-354.

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 VISTARR, 23 / 10 / 2020


MATEUS DE SOUSA MAIA

	Prefeitura Municipal de Boa Vista		Nota Fiscal de Serviços Eletrônica	
	Rua Coronel Pinto, 188		Número da Nota 00001181	
	Centro - BOA VISTA - RR CEP: 69301-150		Data e Hora de Emissão 01/06/2020 10:59:02	
	CNPJ: 05.943.030/0001-55		Data do Fato Gerador 01/06/2020	
			Código de Verificação ABAMCPIQ-CKACGN	
Dados do(s) Serviço(s)				
Exigibilidade do ISS / Natureza da Operação Exigível		Local da Prestação BOA VISTA/RR - BRASIL		Local da Incidência BOA VISTA/RR
Prestador do(s) Serviço(s)				
Nome/Razão Social:		INSTITUTO DE TRAUMA E ORTOPEDIA DE RORAIMA LTDA - ME		
Nome Fantasia:		ITOR		
Endereço:		AV. NOSSA SENHORA DA CONSOLATA, 930 CENTRO BOA VISTA - RR CEP: 69301-011		
CPF/CNPJ:		25.383.760/0001-56	Insc. Municipal:	9612718
Telefone:		(95) 3224-1652	E-mail:	admin@clinicaitor.com.br
Tomador do(s) Serviço(s)				
Nome/Razão Social:		MATEUS DE SOUSA MAIA		
Nome Fantasia:				
Endereço:		R JOSE ALEIXO, SN ASA BRANCA BOA VISTA - RR CEP: 69312-272		
CPF/CNPJ:		040.234.952-04	Insc. Municipal:	
Telefone:		(94) 9.1443-4100	E-mail:	mmaia4792@gmail.com
Discriminação do(s) Serviço(s)				
REFERENTE A REALIZAÇÃO DE CIRURGIA				
Classificação do Serviço (LEI 116/2003) 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.				
Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE 2.1) 8630503 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas				
Valor do(s) Serviço(s)	Valor Dedução	Desconto Incondicionado	Base de Cálculo ISS	
5.000,00	0,00	0,00	5.000,00	
Alíquota ISS (%)	Valor do ISS	Valor ISS Retido	Desconto Condicionado	
0,00	0,00	0,00	0,00	
Retenções Federais				
Imposto de Renda	PIS	COFINS	CSLL	INSS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total				
Total do(s) Serviço(s)			Total Líquido	
5.000,00			5.000,00	
Outras Informações				
*** DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL ***				
O prestador do(s) serviço(s) possui regime especial de tributação: Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME - EPP)				
Valor aproximado dos tributos com base na Lei 12.741/2012 - R\$ 922,50 - (18,45%) - Fonte: IBPT				
Favor verificar a autenticidade deste documento fiscal no site https://boavista.saatri.com.br				

PMRR-CIPTUR

RELATORIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

Nº

811624

Vtr CIPTUR 99	SUCp CIPTUR	Data 23/01/2020	S/Setor LESTE	H/Transm 19:25	H/ini 19:29	CH/H 19:38	H/Fir 21:03	
Cód. Oc. 1001/1003	Cód. Prov. 13999	Cód. Ser. Prest. XXXXXXX	Km/Ini. 18769	Km/Fin 18778				

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Av. Carlos pereira de melo cruzamento C/ Rua
LOCAL Ademario batista Bairro: CAIMBE Refe.: CRUZAMENTO

PESSOAS RELACIONADAS

1 ENVOLVIDO	Nome: Ronildo bizzera de oliveira	Idade: 41	E. CIVIL: casado
Endereço:	Rua Deco Fonteles n:1067 jardim floresta		
Edt. R.G	286444194 SSP/RR	CNH	01626488711
CPF	72455659372	TEL	984090767
2 ENVOLVIDO	Nome: Mateus de Sousa maia	Idade: 19	E. Civil: solteiro
Endereço:	Rua cruzeiro do sul n 494 silvio leite		
Edt. R.G	8655350 SSP/RR	CNH	07150269716
CPF	04023495204	TEL	991444035
3 ENVOLVIDO	Nome: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Idade: XX	E. Civil: XXXXXXXX
Endereço:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
Edt. R.G	XXXXXXXXXXXXXX	CNH	XXXXXXXXXXXXXX
CPF	XXXXXXXXXXXXXX	TEL	XXXXXXXXXXXXXX

VEICULOS ENVOLVIDOS E DANOS

V1: GM/S10 DE COR PRETA E PLACA OAF 2906 DANOS: PÁRA-CHOQUE DIANTEIRO LADO ESQUERDO
V2: HONDA/FAN DE COR PRETA E PLACA NAO 2389 DANOS: PARTA FRONTAL

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): Não houve conduzidos e/ou apreendidos.

ASSINATURA *Adailson* CARGO *Apc* LOCAL *2º DP*

Senhor (a) Delegado (a),

HISTORICO

FOMOS ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER UMA OCORRENCIA DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS E LESAO CORPORAL NO LOCAL SUPRACITADO E AO CHEGAR NO LOCAL FOMOS INFORMADOS PELO ITEM 01 QUE CONDUZIA UM GM/S10 DE COR PRETA E PLACA OAF 2906 E QUE TRAFEGAVA NA RUA ADEMARIO BATISTA SENTIDO BAIRRO CAIMBE/JARDIM FLORESTA E QUE AO CHEGAR NO CRUZAMENTO COM AVENIDA CARLOS PEREIRA DE MELO AVANÇOU A PREFERENCIAL SENDO COLIDIDO PELO ITEM 02 QUE CONDUZIA UMA HONDA/FAN DE COR PRETA E PLACA 2389 E TRAFEGAVA NA AVENIDA CARLOS PEREIRA DE MELO SENTIDO BAIRRO/CENTRO. O ITEM 02 JÁ TINHA SIDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HGR NO MOMENTO DA CHEGADA DA VIATURA DA PM E QUE NOS FOI INFOMADO QUE O ITEM 02 TENHA SOFRIDO UMA POSSIVEL FRATURA NO FEMUR DA PERNA DIREITA E ALGUMAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E QUE NÃO FOI ACIONADO PERICIA DEVIDO A VIOLAÇÃO DO LOCAL. INFORMO TAMBEM QUE A MOTOCICLETA DO ITEM 02 FOI APREENDIDA AO PATIO DO DETRAN DEVIDO ESTA COM DOCUMENTAÇÃO ATRASADA CONFORME DOCUEMENTO DE RETENÇÃO E REMOÇÃO N° 041992.

Era o que tinha a relatar.

EVERSON BRASIL

41.204-0

CADASTRO

SD PM

Posto/Graduação

CIPTUR

SUOp



Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003454/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/01/2020 07:22 Data/Hora Fim: 24/01/2020 08:57
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: PMRR-CIPTUR ROP 811624 SERIE J Data: 23/01/2020
Delegado de Polícia: Alexandre Henrique de Matos Lima

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 23/01/2020 19:25

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Caimbé
Logradouro: AV CARLOS PEREIRA DE MELO C RUA ADEMARIO BATISTA

Tipo do Local: Em veículo

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RONILDO BIZERRA DE OLIVEIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 29/04/1977 Idade: 43 anos
Naturalidade: CE - Aracati Profissão: Autônomo
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: RAIMUNDA BIZERRA DE OLIVEIRA Nome do Pai: GERARDO MORENO DE OLIVEIRA FILHO

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 724.556.593-72
RG - Carteira de Identidade: 286444194

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: R DECO FONTELES Nº: 1067
Complemento: CASA
Bairro: JARDIM FLORESTA CEP: 69.312-072

Nome Civil: MATEUS DE SOUSA MAIA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 17/01/2000 Idade: 20 anos
Naturalidade: PA - Jacundá Profissão: Atendente
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: SERGILENE SILVA DE SOUSA Nome do Pai: JOSE WANDERLY MAIA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 040.234.952-04
RG - Carteira de Identidade: 8655350

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: R CRUZEIRO DO SUL Nº: 494
Complemento: CASA



Delegado de Polícia Civil: Alexandre Henrique de Matos Lima
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 28/05/2020 11:22
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003454/2020

Bairro: SILVIO LEITE

CEP: 69.312-272

Telefone: (95) 99144-4035 (Celular)

Nome Civil: EVERSON BRASIL SD/PM CIPTUR (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade:

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Policial Civil

Nome da Mãe: PJ

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição HONDA/FAN

CPF/CNPJ do Proprietário 033.940.212-18

Placa NAO2389

Renavam 00251169448

Número do Motor KC15E5A196487

Número do Chassi 9C2KC1550AR196487

Ano/Modelo Fabricação 2010/2010

Cor PRETA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI

Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Última Atualização Denatran 17/11/2017

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Envolvimentos

MATEUS DE SOUSA MAIA

Proprietário

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

Descrição GM/S-10

CPF/CNPJ do Proprietário 619.792.282-72

Placa OAF2906

Renavam 00333714270

Número do Motor NAL006690

Número do Chassi 9BG138XP0BC452819

Ano/Modelo Fabricação 2011/2011

Número da Carroceria 452819

Cor PRETA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo GM/S10 RODEIO D

Modelo GM/S10 RODEIO D

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Última Atualização Denatran 21/06/2018

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

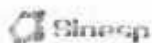
Envolvimentos

RONILDO BIZERRA DE OLIVEIRA

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Que foi recebido o PMRR-CIPTUR ROP 811624 SERIE J, informando acidente de trânsito, com Danos Materiais e lesão corporal no local supra; Que no local supra foi informado por RONILDO que conduzia o veículo GM/S10 placa: OAF2906, pela Rua Ademario Batista, sentido caimbé/ jardim Floresta; Que no cruzamento com a Av. Carlos Pereira de Melo, avançou a preferencial, sendo colidido por Mateus, o qual conduzia uma motocicleta HONDA /FAN de cor preta e placa: NAO2389, o qual vinha pela Av. Carlos Pereira de Melo; Que MATEUS já tinha sido socorrido pelo SAMU ao HGRR, no momento da chegada da viatura da PM; Que não foi acionada a Perícia devida a violação do local; Que a motocicleta foi removida ao



Delegado de Polícia Civil: Alexandre Henrique de Matos Lima
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 26/05/2020 11:22
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003454/2020

pátio do DETRAN-RR, devido está com documentação atrasada, conforme documento de retenção e remoção nº 041992.

ASSINATURAS

Delourdes Camilo Dos Reis
Agente de Polícia
Matrícula 042000468
Responsável pelo Atendimento.

Everson Brasil Sd/pm Ciptur
(Comunicante)

"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 dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Alexandre Henrique de Menezes
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 26/05/2020 11:22
Protocolo nº: Não disponível



Página 3 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.	
2001212664		23/01/2020 18:48:31		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	
MATEUS DE SOUSA MAIA		17/01/2000		20 A 0 M 6 D		706405691647288	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		CPF	
IDENTIDADE		8655350		SSP-PA		04023495204	
Mãe		M		Estado Civil		Naturalidade	
SERGIENE SILVA DE SOUSA		M		-PARDA		BRASILEIRA	
Endereço		Pai		Contato			
RUA - MARIETA DE MELO MARQUES - 243 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR		JOSE WANDERLY MAIA					
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				Autorização	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA				Temp.	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Peso	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL				Pressão	
Queixa Principal		Sintoma		Sintoma		Sintoma	
ACIDENTE DE MOTO.		☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem		Anamnese de Enfermagem		Anamnese de Enfermagem		Anamnese de Enfermagem	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)		GSC		TOTAL			
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTA. SI PERDIDO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA, NASCERAS OU VÔMITOS. RELATANDO DOR EM NATU E MID.		AO: 1234 RV: 1234 MRV: 123456		15			
Exame Físico		Exame Físico		Exame Físico		Exame Físico	
BEG, LORE, AAA, COARDO, HIOARDO, EUPNEU.		BEG, LORE, AAA, COARDO, HIOARDO, EUPNEU.		BEG, LORE, AAA, COARDO, HIOARDO, EUPNEU.		BEG, LORE, AAA, COARDO, HIOARDO, EUPNEU.	
DOR: MVQ, BILATERAL, SI RA. EXPANSIBILIDADE TÓRAX SIMÉTRICA		DOR: MVQ, BILATERAL, SI RA. EXPANSIBILIDADE TÓRAX SIMÉTRICA		DOR: MVQ, BILATERAL, SI RA. EXPANSIBILIDADE TÓRAX SIMÉTRICA		DOR: MVQ, BILATERAL, SI RA. EXPANSIBILIDADE TÓRAX SIMÉTRICA	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA		HIPÓTESE DIAGNÓSTICA		HIPÓTESE DIAGNÓSTICA		HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	
POLÍMORFISMO		POLÍMORFISMO		POLÍMORFISMO		POLÍMORFISMO	
SADT - Exames Complementares		SADT - Exames Complementares		SADT - Exames Complementares		SADT - Exames Complementares	
☒ RAIO-X		☐ ULTRA-SON		☐ TC		☐ ECG	
PRESCRIÇÃO		PRESCRIÇÃO		PRESCRIÇÃO		PRESCRIÇÃO	
1) TIEN 40mg EV		1) TIEN 40mg EV		1) TIEN 40mg EV		1) TIEN 40mg EV	
DIPRONA 2g EV		DIPRONA 2g EV		DIPRONA 2g EV		DIPRONA 2g EV	
CONDUTA		CONDUTA		CONDUTA		CONDUTA	
☐ Alta por Decisão Médica		☐ Alta por Decisão Médica		☐ Alta por Decisão Médica		☐ Alta por Decisão Médica	
☐ Alta a Pedido		☐ Alta a Pedido		☐ Alta a Pedido		☐ Alta a Pedido	
☐ Alta a Revelia		☐ Alta a Revelia		☐ Alta a Revelia		☐ Alta a Revelia	
☒ Transferência para: ORTODONTIA		☒ Transferência para: ORTODONTIA		☒ Transferência para: ORTODONTIA		☒ Transferência para: ORTODONTIA	
Óbito		Óbito		Óbito		Óbito	
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não		Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não		Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não		Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não	
Destino: ☐ Família		Destino: ☐ Família		Destino: ☐ Família		Destino: ☐ Família	
Assinatura do Paciente ou Responsável		Assinatura do Paciente ou Responsável		Assinatura do Paciente ou Responsável		Assinatura do Paciente ou Responsável	
Carimbo e Assinatura do Médico		Carimbo e Assinatura do Médico		Carimbo e Assinatura do Médico		Carimbo e Assinatura do Médico	
Impresso por: antonia.soares		Impresso por: antonia.soares		Impresso por: antonia.soares		Impresso por: antonia.soares	
Data Hora: 23/01/2020 18:49:35		Data Hora: 23/01/2020 18:49:35		Data Hora: 23/01/2020 18:49:35		Data Hora: 23/01/2020 18:49:35	

TRANSR: 24/01/2020

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
BLOCO A		
Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CID 10, ICD 9, ICD 10
15 - UF		16 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES LABORATORIAIS)		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		
21 - CID 10		
22 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - NOME DO PROFISSIONAL		29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
32 - NOME DO PROFISSIONAL		33 - NOME DO PROFISSIONAL
34 - NOME DO PROFISSIONAL		35 - NOME DO PROFISSIONAL
36 - NOME DO PROFISSIONAL		37 - Nº DO BILHETE
38 - NOME DO PROFISSIONAL		39 - SÉRIE
40 - NOME DO PROFISSIONAL		41 - CBOR
AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DO DOCUMENTO
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - Nº DO DOCUMENTO



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

DATA DE ADMISSÃO: 14/01/2020

PACIENTE: MATEUS DE SOUSA MAIA

AGNÓSTICO: FX FEMUR D

ALERGIAS: _____

IDADE: _____

ITEM: _____

PRESCRIÇÃO:

1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	SND
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 4/4H	06
5	CLEXANE 400MG SC 1X DIA (5 dias)	06
6	TRAMAL 100MG + 100MG TRAM EV OU VEC 4/4H DE DOR INTENSA	SN
7	NALBUFIN 100MG EV 4/4H CASO DOR INTENSA	06
8	OMEPRAN 20MG EV 1X DIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 4/4H	06
10	SIMETICON 40MG EV 4/4H	06
11	CAPTOPRIL 25MG EV 2X DIA	06
12	SSVV + C	06
13	CURAT	06
14	CELEBREX 200MG EV 1X DIA	06
15	TICLOPIDINA 50MG EV 2X DIA	06
16	DICLOFENACO 75MG EV 2X DIA	06

SE DIABÉTICO: _____

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE: _____

EXAME FÍSICO: BGL, AF, NORMOCORADO, HIDRAT

SOLICITADO: _____

CONDUTA: MANTER

PROGRAMAÇÃO DE: _____

PREVISÃO DE ALTA: _____

SINAIS VITAIS

6 H	PA
12 H	126x80
18 H	140x70
24 H	112x70

Dr. Aracat Santiago
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-RR 1635
 RQE: 610

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Brig. Edson de Lima S/N
 Nova Roraima - RR - 69200-000

18/01/2020

Medicação C.P.M.
 Duplo 550V
 19/01/2020
 Duplo 550V
 Duplo 550V
 Duplo 550V

23/10/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Prontuario 1

HOSPITAL LOTTY IRIS
Conta Corrente

LOTTY IRIS
15381 MATEUS DE SOUSA MAIA
Respons. : MATEUS DE SOUSA MAIA
Médico : 1635- VITOR RABACAT
Convênio : PARTICULAR SIMPLES
Procedim. : 30725127 - LESÕES DE TENDÃO - TRATAMENTO C/CH
Leito : APTO C15 - C15 Unl. : BLOCO C
Matrícula :
Guia:

Idade: 25 - Sexo: M - CHUF7/CIC - 04023495204
CPF: 103.023.495-204
Data de Nascimento: 25/01/2020
Data de Entrada: 25/01/2020
Data de Saída: 26/01/2020
Motivo: ALTA MELHORIA DO
SPP: 15814

CNPJ: 11509468/00122
CONTA CONVÊNIO: NIO
Conta: 1
Dias Permanência: 2
Data Int.: 25/01/2020 19:06h
Data Alta: 26/01/2020 11:38h

Código	Unl.	Descrição	Data	Qtd	Unitário	Total
ADMINISTRATIVO						
98040686	UN	TAXA ADMINISTRATIVA	25/01	1	879,31	879,31
						879,31
DIARIA						
60000554	UN	DIARIA DE APARTAMENTO STANDARD	25/01	1	480,00	480,00
						480,00
EXAME						
40404390		EXAME DE URINA	25/01	1	150,00	150,00
40404390		EXAME DE URINA	25/01	1	1000,00	1000,00
						1150,00
MATERIAL UNIDADE						
70014191	UN	AGULHA HYPODERMICA 40X1,20(18X1) 1/2"	25/01	5	0,10	0,50
70015678	UN	ALFIMETRIA DERMATICA 27GAX3 0,25X1,25X1,25	25/01	1	7,06	7,06
70020078	UN	ALFIMETRIA DERMATICA 27GAX3 0,25X1,25X1,25	25/01	1	10,37	10,37
1200083973	UN	ALFIMETRIA DERMATICA 27GAX3 0,25X1,25X1,25	25/01	2	1,30	2,60
70034419	UN	ALFIMETRIA DERMATICA 27GAX3 0,25X1,25X1,25	25/01	3	0,70	2,10
70034460	UN	ALFIMETRIA DERMATICA 27GAX3 0,25X1,25X1,25	25/01	3	3,84	11,52
70896062	UN	BOLSA COLETORES URINA SIST. FECHADA VALVULA ANTI-REFLUXO	25/01	3	3,90	11,70
70859167	UN	CALHA COLETORES URINA SIST. FECHADA VALVULA ANTI-REFLUXO	25/01	1	4,49	4,49
74407279	UN	CALHA COLETORES URINA SIST. FECHADA VALVULA ANTI-REFLUXO	25/01	50	2,73	136,50
70800804	UN	CALHA COLETORES URINA SIST. FECHADA VALVULA ANTI-REFLUXO	25/01	1	1,01	1,01
70176000	UN	CALHA COLETORES URINA SIST. FECHADA VALVULA ANTI-REFLUXO	25/01	1	2,28	2,28
70204233	UN	CALHA COLETORES URINA SIST. FECHADA VALVULA ANTI-REFLUXO	25/01	210	1,30	273,00
70852278	UN	CALHA COLETORES URINA SIST. FECHADA VALVULA ANTI-REFLUXO	25/01	5	0,52	2,60
70224790	UN	CALHA COLETORES URINA SIST. FECHADA VALVULA ANTI-REFLUXO	25/01	1	1,27	1,27
70227101	UN	CALHA COLETORES URINA SIST. FECHADA VALVULA ANTI-REFLUXO	25/01	1	6,63	6,63
500060701	UN	CALHA COLETORES URINA SIST. FECHADA VALVULA ANTI-REFLUXO	25/01	4	4,67	18,68
500060701	UN	CALHA COLETORES URINA SIST. FECHADA VALVULA ANTI-REFLUXO	25/01	90	0,02	1,80
70270104	UN	CALHA COLETORES URINA SIST. FECHADA VALVULA ANTI-REFLUXO	25/01	1	2,63	2,63
70360774	UN	CALHA COLETORES URINA SIST. FECHADA VALVULA ANTI-REFLUXO	25/01	4	6,50	26,00
70360855	UN	CALHA COLETORES URINA SIST. FECHADA VALVULA ANTI-REFLUXO	25/01	1	8,76	35,04
1200292926	UN	CALHA COLETORES URINA SIST. FECHADA VALVULA ANTI-REFLUXO	25/01	1	0,36	0,36
1200294545	UN	CALHA COLETORES URINA SIST. FECHADA VALVULA ANTI-REFLUXO	25/01	1	0,44	0,44
70704333	UN	CALHA COLETORES URINA SIST. FECHADA VALVULA ANTI-REFLUXO	25/01	1	2,20	2,20
70704180	UN	CALHA COLETORES URINA SIST. FECHADA VALVULA ANTI-REFLUXO	25/01	15	1,63	24,45
70704309	UN	CALHA COLETORES URINA SIST. FECHADA VALVULA ANTI-REFLUXO	25/01	1	39,00	39,00
70704317	UN	CALHA COLETORES URINA SIST. FECHADA VALVULA ANTI-REFLUXO	25/01	100	0,05	5,00
70714258	UN	CALHA COLETORES URINA SIST. FECHADA VALVULA ANTI-REFLUXO	25/01	8	0,72	5,76
70714380	UN	CALHA COLETORES URINA SIST. FECHADA VALVULA ANTI-REFLUXO	25/01	1	1,01	1,01
500024256	UN	CALHA COLETORES URINA SIST. FECHADA VALVULA ANTI-REFLUXO	25/01	1	0,48	0,48
70762376	UN	CALHA COLETORES URINA SIST. FECHADA VALVULA ANTI-REFLUXO	25/01	2	0,48	0,96
						3,98
						6,50
						9,75
						1,22
						691,14
MEDICAMENTO						
90303164	A	ALBENDAZOL 400MG	25/01	2	0,27	0,54
90289269	F	ALBENDAZOL 400MG	25/01	4	12,74	50,96
0000070999	F	ALBENDAZOL 400MG	25/01	2	2,90	5,80
90360400	F	ALBENDAZOL 400MG	25/01	6	4,81	28,86
90360389	F	ALBENDAZOL 400MG	25/01	2	2,51	5,02
90045777	F	ALBENDAZOL 400MG	25/01	1	5,76	5,76
90137485	F	ALBENDAZOL 400MG	25/01	3	0,60	1,80
N9037655	F	ALBENDAZOL 400MG	25/01	1	5,29	5,29
90335198	F	ALBENDAZOL 400MG	25/01	1	47,84	47,84
90057384	F	ALBENDAZOL 400MG	25/01	1	9,30	9,30
0000043576	F	ALBENDAZOL 400MG	25/01	1	9,30	9,30
0000043576	F	ALBENDAZOL 400MG	25/01	1	9,30	9,30



FICHA ANESTESICA

HOSPITAL LOTTY ÍRIS

CRM: 11.500.488/0001-22

Responsável Técnico:

Assinado: [Assinado] - CRM: 814/RR

Pré-anestésico de - Duração - Dose - 1.7

Assinado: [Assinado] - CRM: 814/RR

19.1		15		30		45		20		30		45		15		30		45	
AGENTES																			
LÍQUIDO VENOSO																			
PA																			
V																			
A																			
PULSO																			
ANES																			
X																			
OP																			
O																			
TEMP																			
ASPIR																			
A																			
RESPI																			
O																			
Símbolo																			
AGENTES																			
A																			
B																			
C																			
D																			
E																			
F																			
G																			
GLICOSE																			
NOVO																			
CH																			
SF																			
RL																			
TOTAL																			
OPERAÇÃO																			
ANESTESIA																			





HOSPITAL LOTY

HOSPITAL
LOTY

CNPJ: 11.509.451/0001-00

Responsável: Dr. Alexandre Colomão de Oliveira

CENTRO CIRÚRGICO

PACIENTE: Antônio de Souza Lima

CIRURGIA: Abdominoplastia de Tórax

ANESTESIA: ☐ Geral Venoar
☐ Geral Inalatória
☐ Geral com cateter
☐ Geral sem cateter
☐ Local com anestesia

Anestesia: Dr. Luiz Paulo

Admissão na RPA: 08/10/2020 14h00

MONITORIZAÇÃO

☐ ECG ☒ OXIMETRIA ☒ NIBP

DRENOS/CÂNULAS

☐ Sonda gástrica ☐ RAO ☐ SVD Nº 14
☐ Penrose Nº 1 ☐ Torax Nº 1 ☐ Cateter Nº 1
Outros: ☐ Injeção Nº 1 ☐ RAO Nº 1

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

☐ Acordado ☒ Somnolento ☐ Agitado

PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO

HORA		SINAIS VITAIS DE 15 em 15 minutos	
Hora	<u>08/10/2020 14h00</u>		
Sat O2 %	<u>98</u>		
O2 Litros/min	<u>2</u>		
Respiração	<u>18</u>		
Tax	<u>70</u>		
P.A mmHg	<u>120/80</u>		
Pulso bpm	<u>70</u>		
Função renal	<u>OK</u>		

Desligado: 08/10/2020 14h00

Alta da RPA: 08/10/2020 14h00

Anotações:

HOSPITAL LOTTY ÍRIS

25/1/2020

DATA

25/1/2020

Exatidão Médica

AFERIR TAX

SU

CU

5/1

Resposta

Resposta

Resposta

Resposta

Resposta

Resposta

Resposta

Resposta

Resposta

Resposta

Resposta

Resposta

Resposta

Resposta

Resposta

Resposta

Naila Uchôa da Silva
COREA-RR 001.415.019 TE

HOSPITAL COTRIL
Evolução da Intenção

HOSPITAL COTRIL

Evolução da Intenção

Nome do Registro: MATEUS DE SOUZA SILVA

Nasc.: 17/01/2009

Sexo: M (Masculino)

Unidade: 01

Data: 23/10/2020

EVOLUÇÃO: BLOCIO

TECNICOS (CONTRATADOS)

INDICAÇÃO DE USO

TRATAMENTO

09:00 PELA PACIENTE NA UNIDADE MATRIZ, EM ESTADO ALTO, COM VESTIMENTAS DE PROTEÇÃO AO CC AS
14h
11:00 PELA PACIENTE EM UNIDADE VINCULADA, COM VESTIMENTAS DE PROTEÇÃO AO CC AS
VIAS: 15 mg de DILATADOR + 10 mg de ALGODÃO COM ANESTESIA + 10 mg de ANESTESIA PARA SANEAR TORNEIRA 3
13:30 PELA PACIENTE EM UNIDADE VINCULADA, PARA ENCAMINHAR AO CTI, COM VESTIMENTAS DE PROTEÇÃO AO CC AS
DE PÓS-OPERATÓRIO: 42 ESCOVAS DENTAL X 24 DE DENTE LINGUAIS + 1 PAR DE LUVAS
ML 100 ml



Nome do Registrador: MATEUS DE SOUZA SILVA
 Nome do Registrado: MATEUS DE SOUZA SILVA

Name: _____

Sex: MASCULINE

Unità: BLOCCO C

Data: 25/01/2020 17:28h

EVOLUTIO

FRATURAS DE FÊMUR - TRATAMENTO

PARTICULAR

09:00 - Paciente transferido do H20, sala de espera do Hospital para a sala de cirurgia.
13:40 - Paciente em sala de cirurgia, com o paciente em posição de Trendelenburg. Lúcido, orientado, sem náuseas.
14:15 - Paciente em sala de cirurgia, com o paciente em posição de Trendelenburg. Lúcido, orientado, sem náuseas.
19:00 - Paciente em sala de cirurgia, com o paciente em posição de Trendelenburg. Lúcido, orientado, sem náuseas.



Formulário de Petição de Inicial, contendo campos para identificação do processo, data, e uma área para a petição em si.

Processo: 0827321-33.2020.8.23.0010

Data: 23/10/2020

Assinado digitalmente por Marlon Tavares Dantas:60895845253

Assinado digitalmente por
Carla RR 407 639-EN

Vitor Pires (Jornalista)
Carla RR 407 639-EN

Gláucia Pires (Jornalista)
Carla RR 407 639-EN

EACH TIM GROUP

DATA 26/01/2020

J. R. RAY

SANTIAGO



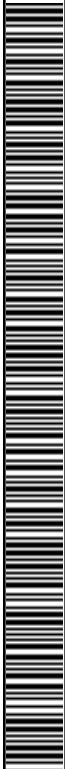
Nome do Paciente: [illegible]
Nº: [illegible]
Serviço: [illegible]
Unidade: [illegible]
Data: 20/09/2020
EVOLUÇÃO: [illegible]

01:00: [illegible]
02:00: Adm. Cefotaxima 1G EV. Unidade 1. [illegible]
03:00: [illegible]
04:00: [illegible]
05:00: [illegible]
06:00: [illegible]
07:00: [illegible]

Data: 20/09/2020
EVOLUÇÃO: [illegible]

Paciente: [illegible]
hipertensão: [illegible]
miocárdio: [illegible]
06:00: [illegible]
07:00: [illegible]

TRATAMENTO: [illegible]
SPO2: 97%
Equipo: [illegible]
Mantendo: [illegible]



SINISTRO 3200204393 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MATEUS DE SOUSA MAIA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO MATEUS DE SOUSA MAIA
CPF/CNPJ: 04023495204
Posição em 23-10-2020 16:59:13

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R\$00.000,00
Juros e Correção: R\$00.000,00
Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/06/2020	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50