

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

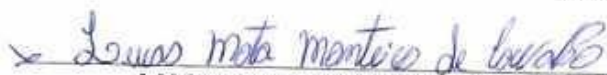
PROCURAÇÃO

Outorgante: LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO, Brasileiro, Solteiro, Agente de viagem, portador do RG nº 316250-8 SESP/RR e inscrita no CPF sob nº 532.089.602-63, residente e domiciliado, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Capella nº 1160. Bairro: Cidade Satelite, CEP: 69.317-492. Tel: (95) 99169-8880/99171-2598 E-mail: lucasmota.c@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 caráter de contrato de honorários. Da **Gratuidade da Justiça**, em conformidade com a norma do artigo 105 da lei 13.105/2015.

BOA VISTA/RR, 22 / 03 / 2023



LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1921866201

PROIBIDO PLASTIFICAR
1921866201

NOME
LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
3162508 - SESP RR

CPF
532.089.602-63

DATA NASCIMENTO
25/01/1996

FILIAÇÃO
NEVERTON MONTEIRO DE CARVALHO
DIANE SEBASTIANA MOTA DA CUNHA

PERMISSÃO
ACC: ☒ CATHAB: ☒

Nº REGISTRO
07352552601

VALIDADE
15/10/2020

1ª HABILITAÇÃO
16/10/2019

OBSERVAÇÕES
RAR

ASSINATURA DO PORTADOR

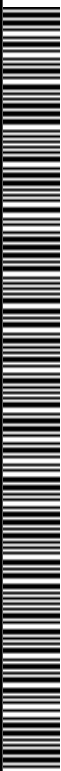
LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
16/10/2019

RIO GOMES BRASL
CHETON PRESIDENTE
DETRAN-RR

ASSINATURA DO EMISSOR
60443067380
RR209906189

RORAIMA



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO, Brasileiro, Solteiro, Agente de viagem, portador do RG nº 316250-8 SESP/RR e inscrita no CPF sob nº 532.089.602-63, residente e domiciliado, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Capella nº 1160. Bairro: Cidade Satelite, CEP: 69.317-492.

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, 32/01/2021

Lucas Mota Monteiro de Carvalho
LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO

ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO, Brasileiro, Solteiro, Agente de viagem, portador do RG nº 316250-8 SESP/RR e inscrita no CPF sob nº 532.089.602-63, residente e domiciliado, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Capella nº 1160. Bairro: Cidade Satelite, CEP: 69.317-492.

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 fê.

BOA VISTARR, 30 / 03 / 2023

Lucas Mota Monteiro de Carvalho

LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO



TRABALHADOR	MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1933 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 3452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional. Nela deverão ser registradas todas as condições do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - GTS. O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta e qualificação e as atividades profissionais do seu portador. Dez sua importância, o seu dever protegê-la e guardá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação. CONTÉM CIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMparo AO TRABALHADOR. VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR	201.73667.09-5 3891133 003-0 RR <i>Lucas Mota da Cunha</i> 

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE
 LUCAS MOTA DA CUNHA FILIAÇÃO: DIANE SEBASTIANA MOTA DA CUNHA NASCIMENTO: 25/01/1995 SEXO: MASCULINO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO NATURALIDADE: BOA VISTA - RR DOCUMENTO: R-3 316250-8 SESP RR 07/04/2004 LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995 CPF: 532.098.602-63 TIT. ELEITOR: CNH: SEÇÃO: ZONA: LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE-RR - 25/02/2010	NOME: <i>Lucas Mota da Cunha</i> DATA DE NASCIMENTO: <i>25/01/1995</i> PAÍS: <i>BRASIL</i> DOCUMENTO: <i>0067630003337</i> <i>Deputado Antônio Lima dos Santos</i> <i>Agente Administrativo</i> SRTE-RR MTE SEPT/2010 0034011 LEGENDA A - CANCELADO B - CANCELADO C - CANCELADO D - CANCELADO E - CANCELADO F - CANCELADO G - CANCELADO H - CANCELADO I - CANCELADO J - CANCELADO K - CANCELADO L - CANCELADO M - CANCELADO N - CANCELADO O - CANCELADO P - CANCELADO Q - CANCELADO R - CANCELADO S - CANCELADO T - CANCELADO U - CANCELADO V - CANCELADO W - CANCELADO X - CANCELADO Y - CANCELADO Z - CANCELADO

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO

BORRÃO

ESTADITE

SIM

NÃO

HEMOFILIA

SIM

NÃO

ALERGIAS

SIM

NÃO

DOADOR DE ORGAOS

DOAR

DE 17 de Julho de 1991

SIM

NÃO

CARTEIRAS ANTERIORES

06

06

06

06

06

06

06

06

06

06

06

06

06

06

06

06

CONTRATO DE TRABALHO

07.144.859/0001-13

PRIMAR CURSOS DE IDIOMAS

Av. Santos Dumont, 1753 - São Francisco

CEP: 69.305-010

Bom Vista

01

06

2019

20 998,00 por mês

Marcelo Botinelly

Marcelo Botinelly Rodrigues

Diretor Administrativo

Assessoria Intermédica - Boa Vista

07

07

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR.....	EMPREGADOR.....
COCORCI.....	COCORCI.....
INDUÍDO.....	INDUÍDO.....
MUNICÍPIO.....	MUNICÍPIO.....
EST. DO ESTABELECIMENTO.....	EST. DO ESTABELECIMENTO.....
CARGO.....	CARGO.....
DATA DE ADMISSÃO.....	DATA DE ADMISSÃO.....
REGISTRO N°.....	REGISTRO N°.....
RECONHECIMENTO.....	RECONHECIMENTO.....
DATA DE SAÍDA.....	DATA DE SAÍDA.....
COM. DEPENDÊNCIA N°.....	COM. DEPENDÊNCIA N°.....
RGIS N° DA CONTRA.....	RGIS N° DA CONTRA.....

08

09

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR.....	EMPREGADOR.....
COCORCI.....	COCORCI.....
INDUÍDO.....	INDUÍDO.....
MUNICÍPIO.....	MUNICÍPIO.....
EST. DO ESTABELECIMENTO.....	EST. DO ESTABELECIMENTO.....
CARGO.....	CARGO.....
DATA DE ADMISSÃO.....	DATA DE ADMISSÃO.....
REGISTRO N°.....	REGISTRO N°.....
RECONHECIMENTO.....	RECONHECIMENTO.....
DATA DE SAÍDA.....	DATA DE SAÍDA.....
COM. DEPENDÊNCIA N°.....	COM. DEPENDÊNCIA N°.....
RGIS N° DA CONTRA.....	RGIS N° DA CONTRA.....

10

11





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 9350/2020 - Registrado em: 21/08/2020 às 10h 21min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 19/06/2020 às 20h 25min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: AVENIDA CARLOS PEREIRA DE MELO

Bairro: CARANA

Referência:

Complemento:

UF: RR

Nº: 0000

CEP:

Tipo de local: VIA URBANA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO(24), nascido(a) em 25/01/1996, sexo MASCULINO, solteiro(a), CPF Nº 532.089.602-63, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de DIANE SEBASTIANA MOTA DA CUNHA e, endereço: RUA CAPELLA, cep: 69317-492, Nº: 1160, bairro: CIDADE SATELITE, BOA VISTA-RR, Telefone: .

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A SUA MOTOCICLETA DE PLACA NUI-1286 E CHASSI 9C6DG2560K0009456, NA AVENIDA CARLOS PEREIRA DE MELO BAIRRO CARANA, DEBAIXO DE UMA FORTE CHUVA, NO INTUITO DE NÃO MOLHAR PERTENCES IMPORTANTES QUE ESTAVAM EM SUA MOCHILA, O MESMO ATRAVESSOU O SINAL QUE ESTAVA FECHANDO QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM CARRO QUE VINHA SENTIDO CONTRARIO ONDE ATINGIU SUA MOTOCICLETA E OCASIONOU O ACIDENTE. A VITIMA FOI ATENDIDA PELO O CORPO DE BOMBEIRO E ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA. E O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

RONALDO LUIZ DE SOUZA
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: SIAFI 710354
ASSINADO ELETRONICAMENTE

Lucas Mota Monteiro de Carvalho
LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO
COMUNICANTE



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



Nº DE AVISO: 2496-20
Nº DE VÍTIMAS: 01
OCORRÊNCIA: T-04
DATA: 19/06/2020

OBM DE ATUAÇÃO		ÁREA DE ATUAÇÃO		VTR	KMI	KMF
☐ 1º BPABM ☒ 1º PEL ☐ 2º PEL ☐ 2º BPABM ☐ 1ª CIA ☐ 2ª CIA ☐ 3ª CIA		☒ Leste ☐ Oeste ☐ Centro ☐ Norte ☐ Sul ☐ Rural		UR 02-18	46.273	46.286
H/SAÍDA	H/NO LOCAL	SAÍDA DO LOCAL		NO DESTINO	H/NA OBM OU B-01	
20:25	20:30	20:53		21:00	21:22	

1. DADOS DA OCORRÊNCIA

CÓD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADA:

ENDEREÇO: Av. Carlos Pereira de Melo Nº - BAIRRO: Laranjeira

CIDADE: Boa Vista PONTO DE REFERÊNCIA:

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

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: Lucas Mota Monteiro de Carvalho RG/CPF: 316250-8

D.N.: 25/01/96 IDADE: 24 SEXO: ☒ Masculino ☐ Feminino PNS: ☐ Sim ☒ Não

ENDEREÇO: Rua Lapela Nº 1160 BAIRRO: Satélite

CIDADE: Boa Vista NACIONALIDADE: ☒ Brasileiro ☐ Estrangeiro TEL.: 99171-2598

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL?

Deseja informar sua orientação sexual? ☒ Sim ☐ NãoSe sim, qual? ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ Homossexual☐ OutroDeseja informar identidade de gênero? ☒ Sim ☐ Não
Se sim, qual? ☐ Homem transexual ☐ Mulher transexual
☐ Travesti ☐ Outro

3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

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

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

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

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

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

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

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

6. SINAIS VITAIS

PA: 14/7 FR: — FC: 70 bpm SpO2: 98% Temperatura: —

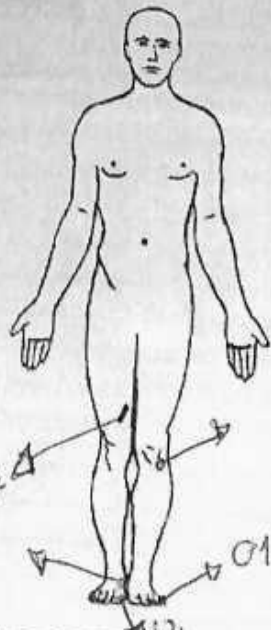
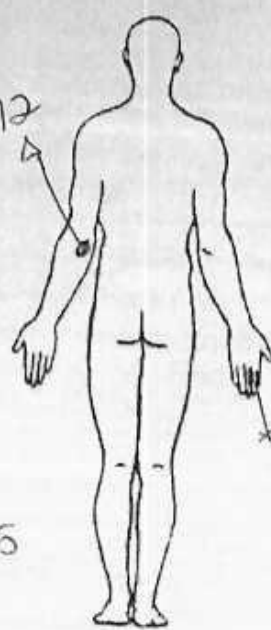
7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

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

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE RORAIMA
COMPANHIA DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR
NÚCLEO DE ESTATÍSTICA
AUTENTICAÇÃO
ESTA CÓPIA É FIEL REPRODUÇÃO DO ORIGINAL
BOA VISTA-RR, 19/06/2020
Assinatura: [Assinatura]
Digitalizado com CamScanner

☒ Óbito evidente ☒ PCR ☒ Vítima encarcerada ☒ Vítima ejetada ☒ Capotamento

9. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS:


Legenda:

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

10. HISTÓRIO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Vítima deambulando, LOTE, queixando-se de dor no pé direito, apresentando fratura exposta e ferimento lacerante no dedo mínimo do pé direito.
Com tempo: retifique o local da dor, a fratura e o ferimento lacerante que se localizavam no pé esquerdo e dedo mínimo do pé esquerdo.
Foi realizado ferimento compressivo e imobilização, bem como a remoção da vítima para cuidados médicos.

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

☐ Carteira de identidade	☐ Cartão magnético	☐ Und	☐ Capacete	☐ Outros:
☐ CNH	☐ Cheque	☐ Fls	☐ Calçado	
☐ CPF	☐ Dinheiro RS		☐ Óculos	
☐ Título de eleitor	☐ Jóias		☐ Relógio	

Aos cuidados de: _____ RG: _____ Telefone: _____

12. UNIDADE DE SAÚDE

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

13. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

☒ Estável ☐ Instável ☐ Crítico

14. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Chefe de equipe:	Socorrista(s):	Condutor da VTR	Resp. pelo preenchimento
<i>Sgt Amannnda</i>	<i>Sd Lísar Filho</i>	<i>Sd Luciano</i>	<i>Sgt Amannnda</i>

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

Assinatura: _____

Documento de identidade: _____

Registro de conselho (CRM, COREN): _____

COMPANHIA DE SEGURANÇA DE BOMBEIROS

INSTRUMENTO ESTATÍSTICO

AUTENTICAÇÃO

ESTA CÓPIA É FIEL REPRODUÇÃO DO ORIGINAL

BOA VISTA-RR, 25/06/2020

Assinatura: _____

Digitalizado com CamScanner

12/01/2021: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Prontuario

19/06/2020

... Guia de Atendimento 17 ...



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.

2001250921 19/06/2020 20:21:31

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 9

Paciente **LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO** Data Nascimento **25/01/1996** Idade **24 A 4 M 25 D** CNS **53208960263** CPF **53208960263** Prontuário
Tipo Doc **Documento** Órgão Emissor **Data Emissão** Sexo **M** Estado Civil **SOLTEIRO(A)PARDA** Naturalidade **BRASILEIRA**
Mãe **DIANE SEBASTIANA MOTA DA CUNHA** Pai **NI** Contato **(95) 99169-8880**
Endereço **RUA - NAO SOUBE INFORMAR A RUA - SN - CAMBARA - BOA VISTA - RR** Ocupação

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **Validade** Autorização **Sis Prenatal**
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **Procedência** Temp. **Peso** Pressão
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol. **Registrado por: CLAUDECI.RODRIGUES**

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

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA) h

*paciente vítima de acidente de moto
c/ trauma em pernas (T)*

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

o titulado por (T) de 2008

Condução

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: claudeci.rodrigues
Data Hora: 19/06/2020 21:05:51



2001250921

19/06/20

Ortopedia - Dr. Marlon

Paciente relatando acidente de moto
apresentando fx / Lx de 5º dedo pé 

- Q: LMC com sol 0,9%
+ fixação com fio 1,0
+ ATB + Analgesia
+ retorno ambulatorial

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2024



25/06/2020

00:06:12 - Em atendimento

**RECEITUÁRIO**

Paciente: LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO
Idade: 24 anos, 5 meses
Data: quinta-feira, 25 de junho de 2020

LAUDO MÉDICO

VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COM FRATURA EXPOSTA DE 5º METATARSO PÉ ESQUERDO + MULTIPLAS ESCORIAÇÕES EM 19/06/2020 REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA EMERGÊNCIA, COM LIMPEZA MECÂNICO CIRURGICO EXAUSTIVA + FIXAÇÃO ÓSSEA COM FIO DE KICHNER.

NO MOMENTO IMPOSSIBILITADO DE EXERCER SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS.

O MESMO DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DO SERVIÇO INICIALMENTE POR 30 DIAS A CONTAR DA DATA DO ACIDENTE .

A DISPOSIÇÃO,

CID: S92.3



Dr. Vitor Paracat Santiago
CRM: 1635-RR

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE: 610

Responsável Técnico Dr. Vitor Paracat Santiago CRM 1635 - RR- RQE 610

Av. Nossa Senhora da Consolida - 930 - Centro - Cep: 69301-011 - Fones: (95) 3224-1652/ (95) 98111-3636





INISTRO 3200308615 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS

EIRELI - Matriz

BENEFICIÁRIO LUCAS MOTA MONTEIRO DE CARVALHO

CPF/CNPJ: 53208960263

Posição em 12-01-2021 11:48:47

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
03/09/2020	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO	

