

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

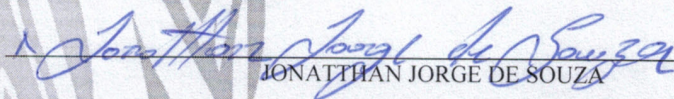
PROCURAÇÃO

Outorgante: Sr. JHONATTHAN JORGE DE SOUZA, Brasileiro, Solteiro, Vendendor, portador da cédula de identidade nº 443887-6 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 031.871.172-17, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Ágata, nº 309, Bairro: Jóquei Clube, CEP: 69.313-108. Tel: (95) 99110-7904/ 99169-8159 E-mail: jonatthanjorge9@gmail.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.

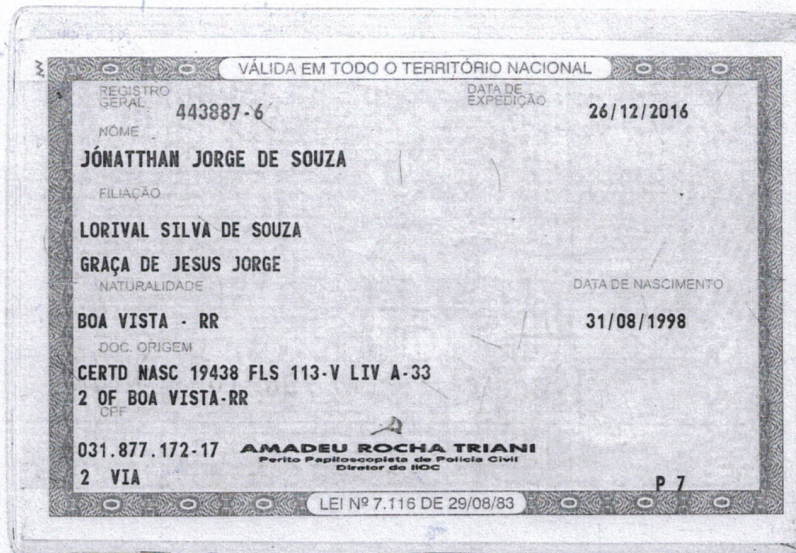
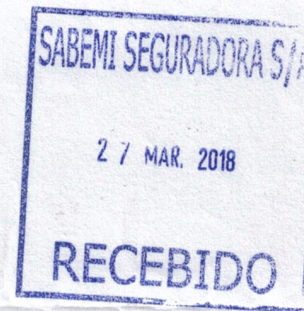
Boa Vista/RR, 22 de agosto de 2018.


JONATTHAN JORGE DE SOUZA



POLEGAR DIREITO





ADVOCACIA

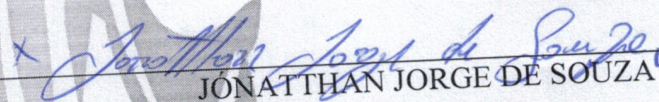
ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

JÓNATTHAN JORGE DE SOUZA, Brasileiro, Solteiro, Vendedor, portador da cédula de identidade nº 443887-6 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 031.871.172-17, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Ágata, nº 309, Bairro: Jóquei Clube, CEP: 69.313-108. Tel: (95) 99110-7904/99169-8159.

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, 22 de agosto de 2018.


JÓNATTHAN JORGE DE SOUZA



POLEGAR DIREITO



Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO **SEU CÓDIGO 0046951-3**

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garças, 551 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.841.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 336/10

Nº da Nota Fiscal: 001312773

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002.

SEMPRE EM VENCIMENTO

AGOSTO/2018 06/09/2018 210 135,82

MIRLENE BRITO DE SOUSA
R. AGATA 309 JOQUEI CLUBE
CPF: 00060379995204
CEP: 69.313-108 - BOA VISTA

ROT: 31.001.27.09.313600

| DADOS DA LEITURA | | DADOS DA FATURA | |
|-----------------------------|-------|------------------|------------|
| Atual: | 79727 | Atual: | 22/08/2018 |
| Anterior: | 79517 | Anterior: | 20/07/2018 |
| Diferença de Multiplicação: | 1,000 | Próxima Leitura: | 20/09/2018 |
| Consumo Medido: | 210 | Emissão: | 21/08/2018 |
| Consumo Faturado: | 210 | Apresentação: | 22/08/2018 |
| | FCAM | | 33 |

DADOS DA CONSUMIDORA

Normal

| Classe-Subclasse | Logradouro | Número Medidor | Posto | Código Pat. | Mês de 12 meses |
|------------------|------------|----------------|-----------|-------------|-----------------|
| RESIDENCIAL | TRI | 2902180 | M 1507327 | 1.1.1.3 | 178 |

RESUMO DA CONTA

Mês em consumo

| | |
|--------|-----|
| JUL/18 | 180 |
| JUN/18 | 179 |
| MAI/18 | 159 |
| ABR/18 | 160 |
| MAR/18 | 157 |
| FEV/18 | 188 |
| JAN/18 | 166 |
| DEZ/17 | 174 |
| NOV/17 | 198 |
| OUT/17 | 394 |

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 210 - 0,456770

210 A R\$ 0,557486 = 117,07
ILUMINACAO PUBLICA 18,75

ATENÇÃO: INFORMAÇÕES IMPORTANTES (REVISÃO DE VENCIMENTO)

Mes/Ano Valor R\$
07/2018 120,88

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 06/09/2018, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda a existência de contas vencidas (s) e já reavaliada (s) no valor de R\$ 228,97 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANCA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVAÇÃO FISCAL 0313.608D.6B54.EBFC.13C1.E40F.C36A.38F5

| COMPOSIÇÃO DA CONTA (R\$) | | IMPOSTOS/TRIBUTOS (R\$) | |
|---------------------------|-------|-------------------------|--------|
| Distribuição: | 35,99 | Base de Cálculo: | 117,07 |
| Energia: | 57,55 | Alíquota ICMS: | 17,00% |
| Transmissão: | 0,00 | Valor do ICMS: | 19,90 |
| Emargos: | 2,39 | Valor do PIS: | 0,21 |
| Tributos: | 21,14 | Valor do COFINS: | 1,03 |

INDICADORES DE SUSTENTABILIDADE

| | | | | | | |
|------|-------|-------|------|-------|-------|------|
| 8,85 | 17,70 | 35,40 | 8,46 | 16,92 | 33,84 | 4,82 |
| 0,00 | | | 0,00 | | | 0,00 |

FLORESTA

ROT: 31.001.27.09.313600

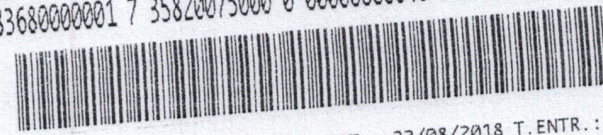
Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garças 551 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.841.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal: 001312773 FCAM

| | | | |
|--------------|-----------|---------------------|------------|
| SEU CÓDIGO | 0046951-3 | TOTAL A PAGAR - R\$ | 135,82 |
| MÊS FATURADO | 08/2018 | VENCIMENTO | 06/09/2018 |

83680000001 7 35820075000 0 00000000046 3 95130818008 6



SEQ.: 00269 UC: 0046951-3 DT.LEIT.: 22/08/2018 T.ENTR.: 04
LEITURA: 79727 NORMAL TOTAL: 135,82 CARGA: 015
DT VENC: 06/09/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1091

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ8CN BVPGF FFZ4J EB8TD



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

JONATHAN JORGE DE SOUZA, Brasileiro, Solteiro, Vendedor, portador (a) do RG nº 4438876 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 031.877.172-17, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Ágata, nº 309, Bairro: Joquei Clube, CEP: 69.313-108.

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, 22 de Agosto de 2018.

Jonathan Jorge de Souza

JONATHAN JORGE DE SOUZA



POLEGAR DIREITO



MINISTÉRIO DO TRABALHO
 E EMPREGO
 CARTÃO DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

154.48660.41-3

3758403 0050 RR

Jonathan Jorge de Souza



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



JONATHAN JORGE DE SOUZA

FILIAÇÃO: GRACA DE JESUS JORGE LORVAI, SILVA DE SOUZA
 NASCIMENTO: 31/05/1998
 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
 NATURALIDADE: BOA VISTA - RR
 DOCUMENTO: R.G. - 4438876 - 03/07/2012 - SESEP - RR
 LEI Nº 8.048, DE 16 DE MAIO DE 1996
 CPF: 081.877.172-17
 TIT. ELEITOR:
 LOCAL DE EMISSÃO: BOQUEIRÃO - BOA VISTA
 DATA DE EMISSÃO: 27/12/2018
 ZONA:
 CNH:
 SEÇÃO:
 Assinado digitalmente por Jonathan Jorge de Souza
 Ministério do Trabalho e Emprego
 Assinatura do Emissor

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO _____
 DATA DE NASC. DE ____/____/____ PARA ____/____/____
 DOCUMENTO _____ MOTIVO: _____
 ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR _____

NOME _____
 DOCUMENTO _____ MOTIVO: _____
 ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR _____

NOME _____
 DOCUMENTO _____ MOTIVO: _____
 ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR _____

NOME _____
 DOCUMENTO _____ MOTIVO: _____
 ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR _____

LEGENDA
 A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
 B - SERVIDORIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA



REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

Nome: _____

Profissão: _____

SOB. N.º _____ LIVRO N.º _____

Profissão: _____

SOB. N.º _____ LIVRO N.º _____

Profissão: _____

SOB. N.º _____ LIVRO N.º _____

05

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

Nome: _____

Profissão: _____

SOB. N.º _____ LIVRO N.º _____

Profissão: _____

SOB. N.º _____ LIVRO N.º _____

Profissão: _____

SOB. N.º _____ LIVRO N.º _____

05

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH: _____

DIABETE: SIM NÃO

HEMOFILIA: SIM NÃO

ALERGIAS: SIM NÃO

DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993): SIM NÃO

CARTEIRAS ANTERIORES

1ª: NÚMERO _____ SÉRIE _____ UF _____ DATA DE EMISSÃO _____

2ª: NÚMERO _____ SÉRIE _____ UF _____ DATA DE EMISSÃO _____

3ª: NÚMERO _____ SÉRIE _____ UF _____ DATA DE EMISSÃO _____

4ª: NÚMERO _____ SÉRIE _____ UF _____ DATA DE EMISSÃO _____

06

CONTRATO DE TRABALHO

EMPRESA: **20.466.338/0001-40**

EMPREGADO: **J.W. RIBEIRO DA SILVA EIRELE-ME**

ENDEREÇO: **Av. Mario Hornem de Melo, 3206 - Liberdade**

CEP: **69.309-010**

MUNICÍPIO: **BOA VISTA - RR**

ESP. DE ESTAB. DE TRAB. **Boa Vista**

CARGO: **Administrador**

DATA DE ADMISSÃO: **01** de **Fevereiro** de **2011**

REGISTRO N.º: _____ FLS. / FICHA _____

RETRIBUIÇÃO ESPECIFICADA: **R\$ 24.957,00 (Vinte e quatro mil e noventa e sete reais)**

DATA DE SAÍDA: _____ DE _____ DE _____

COM. DISPENSA CD N.º _____

FGTS N.º DA CONTA _____

07



CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

CCO/CPE/CEI

ENDEREÇO

MUNICÍPIO UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO DE DE

REGISTRO Nº FLS. / FICHA

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA

1ª 2ª

DATA DE SAÍDA DE DE

1ª 2ª

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA:

08

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

CCO/CPE/CEI

ENDEREÇO

MUNICÍPIO UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO DE DE

REGISTRO Nº FLS. / FICHA

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA

1ª 2ª

DATA DE SAÍDA DE DE

1ª 2ª

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA:

09

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

CCO/CPE/CEI

ENDEREÇO

MUNICÍPIO UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO DE DE

REGISTRO Nº FLS. / FICHA

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA

1ª 2ª

DATA DE SAÍDA DE DE

1ª 2ª

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA:

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

CCO/CPE/CEI

ENDEREÇO

MUNICÍPIO UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO DE DE

REGISTRO Nº FLS. / FICHA

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA

1ª 2ª

DATA DE SAÍDA DE DE

1ª 2ª

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA:





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 032147/2017-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/01/2018 10:32 Data/Hora Fim: 31/01/2018 10:36
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 007918 J Data: 01/09/2017
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 01/09/2017 07:35

Local do Fato

Município: Boa Vista
Logradouro: AV. ATAIDE TEIVE

Bairro: Buritis

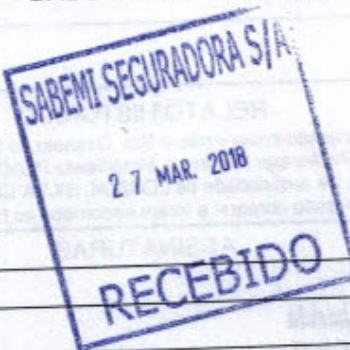
Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve



ENVOLVIDO(S)

Nome: LUCAS MATEUS VIEIRA ROCHA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA FRANÇA
Bairro: CAUAME

Nº: 400

Nome: JONATHAN JORGE DE SOUZA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA N-22
Bairro: SILVIO BOTELHO

Nº: 239

Nome: OZANETE DA SILVA CRUZ DINIZ (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA GENEZES
Bairro: CINTURAO VERDE

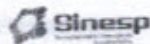
Nº: 98

Razão Social: POLICIA MILITAR RR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Maria Selma Melo de Almeida
Data de Impressão: 31/01/2018 10:36
Protocolo nº: Não disponível



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 032147/2017-A01

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| Grupo Veículo | Subgrupo Motocicleta/Motoneta |
| Placa NAX6103 | Número do Chassi 9C2KC1660ER024812 |
| Ano/Modelo Fabricação 2014/2014 | Cor PRETA |
| UF Veículo Roraima | Município Veículo Boa Vista |
| Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX | Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX |
| Veículo Adulterado? Não | Quantidade 1 Unidade |
| Situação Envolvido | |

| | |
|-------------------------|---------------|
| Nome Envolvido | Envolvimentos |
| Jonathan Jorge de Souza | Possuidor |

RELATO/HISTÓRICO

O ROP PM comunica um acidente de trânsito envolvendo a Sra. Ozanete da Silva Cruz Diniz que Dirigia o Veículo PLACA NBA-3725; o Sr. Lucas Mateus Vieira Rocha que Pilotava a Motocicleta PLACA NAT-6077 e o Sr. Jonathan Jorge de Souza que Pilotava a Motocicleta supracitada, de propriedade de LORIVAL SILVA DE SOUZA; Que devido ao acidente os condutores das motocicletas Softeram lesão corporal e foram socorridos ao hospital pelo Samu. Era o relato.

ASSINATURAS


Maria Selma Melo de Almeida
Agente de Polícia Civil
Mat. 042000213
Maria Selma Melo de Almeida
Responsável pelo Atendimento

Polícia Militar RR
(Comunicante)

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

DAT
31 JAN. 2018
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

SABEMI SEGURADORA S/A
27 MAR. 2018
RECEBIDO



FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: **Alfa** Equipe: *Marcos / Ellen* Idade: **19** Sexo: **M**

Paciente: **Jonathan Jorge de Souza**
Endereço: **AV. Ataíde Taive S/N Distrito**

Nº: **14.803** DATA: **05/08/17** HORA: **07:52**
Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: *F. Helary* **11:00:00**

MOTIVO: SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NO LOCAL [] OUTRO

MECANISMO DE TRAUMA

| | | | |
|--|---|--|---|
| AUTOMÓVEL Cinto: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Vítima: <input type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada Air Bag: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Motorista: <input type="checkbox"/> dianteiro <input type="checkbox"/> traseiro Passageiro: <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão | MOTO: <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona Capacete: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão <i>Carro e moto e moto</i> BICICLETA: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão | VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro: | OUTROS <input checked="" type="checkbox"/> Ac. De Trabalho [] Local <input checked="" type="checkbox"/> Trajetos <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros: |
|--|---|--|---|

AVALIAÇÃO INICIAL

| | | | |
|--|---|--|---|
| Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Outro: <i>respiro</i> | Ventilação <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> Maciez <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input checked="" type="checkbox"/> <i>M.V. normal</i> | Circulação <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2° <input type="checkbox"/> Ausente <i>normal</i> | Aval. Neurológica <input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input checked="" type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Otorrêia <input type="checkbox"/> Otorragia <input type="checkbox"/> Rinorragia <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV <i>Atop</i> |
|--|---|--|---|

SINAIS VITAIS E ESCORES

| Hora | P.A mm/hg | F.C bpm | F.R Mpm | Sat O ₂ % | T. Aux °C | Glicemia | Trauma | APGAR |
|--------------|-----------|---------|---------|----------------------|-----------|----------|--------|-------|
| Início 08:10 | 160/100 | 110 | 25 | 96% | | | | |
| Fim 08:40 | 140/80 | 110 | 25 | 96% | | | | |

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|
| Pele <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica | Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante <input checked="" type="checkbox"/> <i>SID</i> | Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input checked="" type="checkbox"/> <i>SID</i> | Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfiema Sub-Cutâneo <input checked="" type="checkbox"/> <i>SID</i> | Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tapotamento <input checked="" type="checkbox"/> <i>SID</i> | Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distensão <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Colorado <input type="checkbox"/> Evisceração <input checked="" type="checkbox"/> <i>SID</i> |
| Pelve <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade | Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor | Membros <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações <input checked="" type="checkbox"/> <i>Exposições feridas</i> | | <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input checked="" type="checkbox"/> <i>Exposições feridas</i> | |

AVALIAÇÃO CARDIACA

AFEÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA PEGRESSA

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Flutter | <input type="checkbox"/> Fibrilação atri <input type="checkbox"/> Fibrilação entricular <input type="checkbox"/> Assístolia | <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aberto | <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecçiosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outra | <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros |
| GRAVIDADE COMPROVADA <input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> SEVERA | <input type="checkbox"/> PEQUENA MORTE <input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> INDETERMINADA | <input type="checkbox"/> OUTRO | | |

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vitima)

INCIDENTE

RCP

Cancelamento
 Recusa de Atendimento
 Não se encontrava no local
 Recusa de hospitalização
 Trote
 Bombeiro no local:

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

SABEMI SEGURADORA S/A

27 MAR. 2018

RECEBIDO

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

Polícia Militar
 Guarda Municipal
 SMTRAN
 Bombeiro
 Outros: *chamada da polícia chip*

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

Iniciada as:
 RCP com sucesso
 RCP sem sucesso
 Obs.:

CONFERE COM O ORIGINAL
 EM 26/04/18
 S. T.

DESTINO

Atendido no local
 Trauma HGR
 Pronto Atendimento
 Coronel Mota

Cosme e Silva
 HCSA
 Maternidade
 Outros *13/10/3*

ERTECE DO PACIENTE

Descrição: _____

Nome do Receptor: _____

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

TERMO DE RECUS

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

8:40 vítima com trauma, exposta, colinas curtas, com feridas abertas em via pública, com feridas, em direção ao hospital, apresentando lesões traumáticas, com feridas abertas, feridas abertas, apresentando lesões traumáticas a nível de membros superiores, apresentando lesões traumáticas a nível de membros inferiores (3)

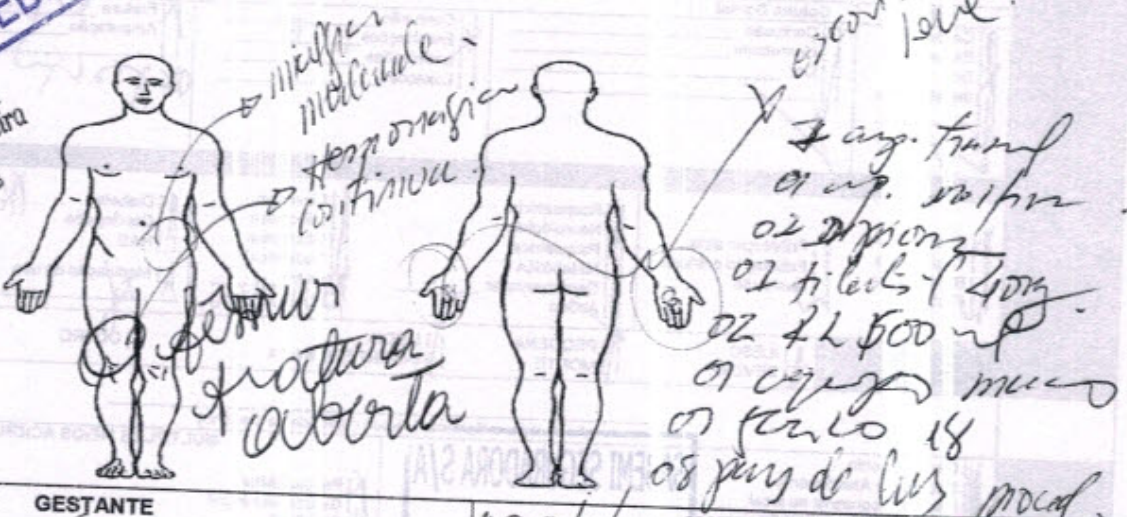
| ESCALA DE COMA DE GLASGOW | | | ESCORE DO TRAUMA | | |
|---------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|-------------------------------------|---------|
| | Adulto | Menores de 5 anos | Escala | | |
| Abertura dos olhos | Abre espontaneamente | Abre espontaneamente | 4 | Frequência Respiratória (mov / min) | |
| | Com estímulos auditivos | Com estímulos auditivos | 3 | | 10 - 24 |
| | Com estímulos dolorosos | Com estímulos dolorosos | 2 | | 25 - 35 |
| Orientação | Não abre os olhos | Não abre os olhos | 1 | > 36 | |
| | Orientado | Balbuçia | 5 | 01 - 09 | |
| Resposta verbal | Confuso | Choro irritado | 4 | 0 | |
| | Palavras inapropriadas | Choro a dor | 3 | > 90 | |
| | Sons ou gemidos | Gemido a dor | 2 | 45 | |
| Resposta motora | Nenhuma | Nenhuma | 1 | Pressão Sistólica (mmHg) | |
| | Obedece solicitações | Movimentos espontâneos | 6 | | 70 - 89 |
| | Localiza a dor | Retira ao toque | 5 | | 50 - 69 |
| Flexão | Flexão normal | Retira a dor | 4 | Escala de Glasgow | |
| | Flexão anormal | Flexão normal | 3 | | 01 - 49 |
| | Extensão a dor | Flexão anormal | 2 | | 0 |
| Nenhuma | Nenhuma | Nenhuma | 1 | 14 a 15 | |
| | | | | 11 a 13 | |
| | | | | 8 a 10 | |
| | | | | 5 a 7 | |
| | | | | 3 a 4 | |

SABEMOS SEU

27 MAR. 2019

RECEBIDO

Marcio Glebe da Silva Pereira
 Téc. Enfermagem
 COREN-RR 814-545



GESTANTE

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

Perda de líquido: _____ BCF: _____

Com cartão Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

no atendimento
 60 compressas