

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sr. LUCAS DIAS VERAS, Brasileiro, Solteiro, autônomo, portador da cédula de identidade nº 488968-1 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 039.111.212-02, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Tv. Dos macuxis, nº 702, Bairro: Dr. Silvio leite, CEP: 69.314-294. Tel: (95) 99116-6305 E-mail: lucasdiasveras@outlook.com.

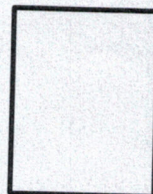
Outorgado: Bel. MARLON TAVARES DANTAS, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 1832, com endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) 99129-6312/98108-7779, onde deverá receber intimações.

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, 20 de setembro de 2018.

x Lucas Dias Veras 11/09/18

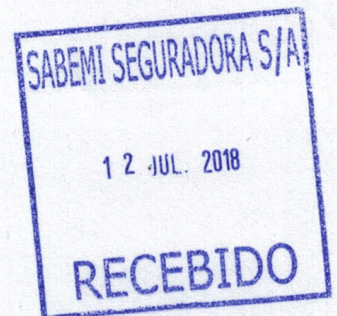
LUCAS DIAS VERAS



POLEGAR DIREITO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL 488968-1	DATA DE EXPEDIÇÃO 31/01/2018
NOME LUCAS DIAS VERAS	
FILIAÇÃO SEBASTIÃO COLASSO BRANDÃO DE VERAS	
MATERIA EUNICE DIAS CARNEIRO DE ALMADA	
NATURALIDADE ITAITUBA - PA	
DOC ORIGEM CERTD NASC 51.608 FLS 145 LIV A-138	
ITAITUBA-PA	
CPF 039.111.212-02	ANADEU ROCHA TRIANI Poder Judiciário do RJ Diretor de Registro
DATA DE NASCIMENTO 18/11/1999	
P1	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	
2ª VIA	
PROIBIDO PLASTIFICAR	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE RORAIMA	
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA	
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ	
Polegar Direito	
LUCAS DIAS VERAS	
ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

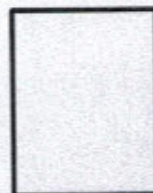
LUCAS DIAS VERAS, Brasileiro, Solteiro, autônomo, portador da cédula de identidade nº 488968-1 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 039.111.212-02, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Tv. Dos macuxis, nº 702, Bairro: Dr. Silvio leite, CEP: 69.314-294..

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, 20 de setembro de 2018.

o Lucas Dias Veras

LUCAS DIAS VERAS



POLEGAR DIREITO

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SFU CÓDIGO
0052005-5

Nº de Nota Fiscal 000935863

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ena Geroz, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 308/13

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 12.438 de 20 de abril de 2012.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	06/07/2018	444	290,03

FRANCISCO DOS SANTOS SILVA
TV DOS MACUXIS 702 DR. SILVIO LEITE
CPF: 00060251484220
CEP: 69.314-294 - BOA VISTA

ROT: 11.001.19.06.166500

ÍNDICES DA LEITURA	KWh	KVAh
Atual:	66129	
Anterior:	65685	
Constante de Multiplicação:	444	
Consumo Medido:	444	FCAM
Consumo Estimado:		

DATA DA LEITURA

Atual:	18/06/2018
Anterior:	17/05/2018
Próxima Leitura:	18/07/2018
Emissão:	15/06/2018
Aprovação:	18/06/2018

Consumo Padrão: 32

Tipologia da Consumo: NORMAL

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fiel	Medida 12 meses
RESIDENCIAL	B1	2807717	N 1425608	1.1.1.2	520

HISTÓRICO KWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	Valor
Mês/ano consumo	CONSUMO 444 A R\$ 0,564414 =	250,59
MAI/18	CORRECAO MONETARIA DA 04/18-00	0,01
ABR/18	CORRECAO MONETARIA IG 04/18-00	1,88
MAR/18	MULTA POR ATRASO DE I 04/18-00	0,70
FEV/18	JUROS DE MORA POR ATR 04/18-00	0,14
JAN/18	MULTA POR ATRASO 04/18-00	10,12
DEZ/17	JUROS DE MORA DE IMPO 04/18-00	3,03
NOV/17	ILUMINACAO PUBLICA	23,56
OUT/17		
SET/17		
AGO/17		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
8 A 444 - 0,456770

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/07/2018. O não pagamento por 30 dias suspenderá também a inclusão do nome do consumidor na dívida. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
05/2018	347,43	

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

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 121,68	Base de Cálculo: 17,00%
Energia: 0,00	Alíquota ICMS: 42,60
Transmissão: 5,07	Valor do ICMS: 0,91
Encargos: 47,78	Valor do PIS: 4,27
Tributos:	Valor do COFINS:

INDICADORES DE ENTREGA DE ENERGIA

0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ROT: 11.001.19.06.166500

06/07/2018

04/2018

0,00

0052005-5

TOTAL A PAGAR: 290,03

MÊS PAGAMENTO: 06/2018

VENCIMENTO: 06/07/2018

000935863 FCAM

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ena Geroz 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nº de Nota Fiscal: 00550613006 1

63610000002 2 90030075000 8 00000000052 1 00550613006 1

SABEMI SEGURADORA S/A

12 JUL. 2018

RECEBIDO

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

LUCAS DIAS VERAS, Brasileiro, Solteiro, autônomo, portador da cédula de identidade nº 488968-1 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 039.111.212-02, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Tv. Dos macuxis, nº 702, Bairro: Dr. Silvio leite, CEP: 69.314-294.

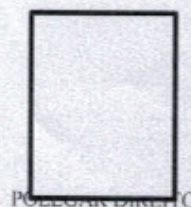
DECLARO para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

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

Boa Vista/RR, 20 de setembro de 2018.

Lucas Dias Veras

LUCAS DIAS VERAS



ADVOCACIA

CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

EU, Lucas Dias Vivas, CPF nº 039.111.212-02

Residente e domiciliado à rua TV. dos macuris, nº 702, bairro

Dr. Silvio Leite, 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\$ 998,00 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.

DATA / /

Boa Vista-RR, 19 de dezembro de 2018.

Lucas Dias Vivas

POLEGAR DIREITO



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 008286/2017-

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/11/2017 08:22 Data/Hora Fim: 01/11/2017 08:29
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 011056 Data: 03/03/2017
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 03/03/2017 11:52

Local do Fato

Município: Boa Vista

Bairro: Dr. Silvio Leite

Logradouro: Rua C 29 com Adail Oliveira Rosa

Nº: S/N

Tipo do Local: Residência

Natureza	Meio(s) Empregado(s)	Lei Maria da
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo	Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: LUCAS DIAS VERA (VÍTIMA , SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade Brasileira

Naturalidade:Boa Vista

Sexo: Masculino

Idade: 17

Profissão: Estudante

Escolaridade: Ensino Médio Incompleto

Estado Civil:Solteiro(a)

Raça/Cor:Parda

Em Serviço: Não

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Casimiro José da Silva

Nº:144

Bairro: Dr. Silvio Leite

Nome: KAYSER KENNED SOUZA AMORIM (VÍTIMA , SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade Brasileira

Naturalidade:Boa Vista

Sexo: Masculino

Idade: 32

Profissão: Motorista

Escolaridade: Ensino Médio Incompleto

Estado Civil:União Estável

Raça/Cor:Parda

Em Serviço: Não

Endereço

Município: Boa Vista - RR

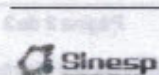
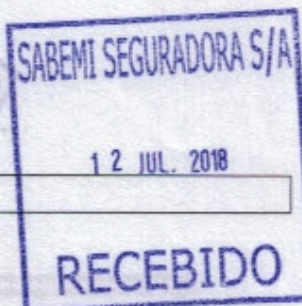
Logradouro: Rua Walber Foster Castelo Branco

Bairro: Dr. Silvio Leite

Razão Social: (ESTADO) (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Endereço

Município: Boa Vista - RR



Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Olegario Gomes
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 01/11/2017 08:29
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 008286/2017-

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)	
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Renavam 1086743480	Placa NAO4175
Número do Chassi 9c2jc4830gr008804	Ano/Modelo Fabricação 2016/2016
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/BIZ 125
Modelo HONDA/BIZ 125	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Lucas Dias Vera	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Que acionados pelo ciops, para atender uma ocorrência envolvendo veículos automotores, compareceu a esta Delegacia o primeiro Sargento relatando que ao chegar ao local do fato, um acidente envolvendo uma camionete Hilux e uma motocicleta, onde houve lesões nas vítimas e também danos materiais, que foi acionado o Samu para prestar os primeiros socorros e que a perícia foi acionada e compareceu ao local do fato. É o relato. O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ACRESCENTAR OS DADOS DA MOTOCICLETA QUE CONDUZIA NO DIA EM QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, O QUE FOI FEITO ACIMA, E QUE A MESMA ENCONTRA-SE NO NOME DE MICHELE DIAS VERAS, CPF 025.493.232-03. É O ADITAMENTO.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Responsável pelo Atendimento

Lucas Dias Vera
Vítima

Kayser Kenned Souza Amorim

Vítima

(Estado)
Comunicante

(Estado)
Vítima

"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-Denúnciação Calúnia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Olegário Gomes

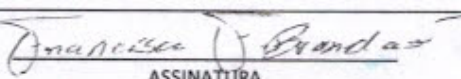
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo

Data de Impressão: 01/11/2017 08:29

Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PMRR - BPM		RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL				SÉRIE J	
						Nº 011056	
Vtr 636	SUCp 2ºBPM	Data 03/03/2017	S/Setor OESTE	H/Transm 11:52	H/Ini 11:52	CH/H 12:00	H/Fir 14:34
Cód. Oc. 1001/1003		Cód. Prov. 13006/13007/13010/13011		Cód. Ser. Prest. -----		Km/Ini. 15939	Km/Fin 15945
LOCAL DE OCORRÊNCIA							
Rua: C- 29 com Adail Oliveira Rosa			Bairro: Silvio Leite		Refe.: -----		
PESSOAS RELACIONADAS							
1 Envolvido		Nome: Lucas Dias Vera		Idade: 17		E. Civil: Solteiro	
Endereço: Rua: Casimiro José da Silva nº 144; Silvio Leite							
Edt. ID 488968-1		CNH: Não portava		Profissão: Mecânico			
1 Envolvido		Nome: Kayser Kenned Souza Amorim		Idade: 32		E. Civil: União estável	
Endereço: Rua: Walber Foster Castelo Branco nº 365 Silvio Leite							
Edt. ID 226462SSP/RR		CNH: 02845315140 AD		Profissão: Motorista			
1		Nome: -----		Idade: -----		E. Civil: -----	
Endereço: -----							
Edt. CPF: -----		CNH: -----		Profissão: -----			
ARMA, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS APREENDIDO							
RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S):							
ASSINATURA 		CARGO ARAC		LOCAL 4-10			
Senhor (a) Delegado (a)		HISTÓRICO					
Informo que fomos acionados via CIOPS para atendermos uma ocorrência de acidente de trânsito no endereço acima citado. Quando chegamos ao local constatamos a veracidade dos fatos. Segundo o item 02 o mesmo trafegava na rua Adail Oliveira Rosa em um veículo Toyota Hilux de placa NAX1963 de cor preta sentido centro quando ao chegar no cruzamento com a rua c-29 se envolveu em um sinistro de trânsito com a motocicleta Honda BIZ de placa NÃO 4175 de cor preta conduzida pelo item 01. Que o item 01 trafegava pela rua c-29 sentido Z-4. Foi acionado o SAMU para que houvesse atendimento de primeiros socorros no local. Segundo o técnico de enfermagem o Sr. Josué Silva de Arruda O item 01 teve aparentemente uma fratura exposta na perna esquerda e escoriações nos membros superiores. O ITEM 02 não sofreu nenhuma escoriação. Informo que o item 01 foi conduzido ao PSE para receber atendimento médico. Informo-vos ainda que foi acionado a perícia e o local do acidente foi periciado pelo perito o Sr. Adones Cavalcante. Informo-vos que a motocicleta conduzida pelo item 01 sofreu as seguintes avarias: aranhões no paralamas e carenagem, retrovisor esquerdo quebrado. O veículo conduzido pelo item 02 uma Hilux de placa NAX 1960 de cor preta sofreu as seguintes avarias: porta traseira do lado direito amassada, paralamas traseiro e apoio do pé do lado do passageiro amassado. Foi realizada a remoção da motocicleta do item 01 para o pátio do DETRAN-RR Auto de Remoção Nº024924 e auto de infração nº063496 que o item 01 deixou de ser conduzido ao Distrito Policial por ter sido encaminhado para o PSE para atendimento médico. Apresento o relatório policial ao Distrito Policial para que sejam tomadas as devidas providências. Era o que tinha a relatar.							
ASSINATURA 		Nº 40.031-9		Posto/Graduação 1ºSGT		SUOp 2ºBPM/CPC	
HISTÓRICO							

SABEMI SEGURADORA

12 JUL 2018

RECEBIDO

AUTENTICAÇÃO

Esta cópia confere com o documento original que me foi apresentado em cartório.

Boa Vista-RR, 20 de JUL 2018

Escritório

Márcia Moraes S. Araújo
Escritório da Polícia Civil
Mat. 042000808

FICHA DE ATENDIMENTO

Unidade: _____ Equipe: TRE Josue Cond. Jorge Idade: 17 Sexo: M

Paciente: Lucas Pios Vero

Endereço: Rua. Nelson Antinga C-29 Via publica.

Nº 3369 DATA 09/08/17 HORA: 11:49

Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: DRº Elcio

MOTIVO ☒ SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NO LOCAL [] OUTRO _____

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL
Cinto [] SIM [] NÃO
Vítima [] projetada [] encarcerada
Air Bag: [] SIM [] NÃO
Motorista: []
Passageiro: [] dianteiro [] traseiro
[] Capotamento
[] Atropelamento
[] Colisão

MOTO: X CARO
☒ Conductor
[] Carona
Capacete ☒ SIM [] NÃO
[] queda
Atropelamento
☒ Colisão

BICICLETA:
[] Conductor
[] Carona
[] queda
Atropelamento
[] Colisão

VIOLENCIA
[] FAB
[] PAF
[]
Espancimento
Violência Doméstica
[] Violência Sexual
[] Tentativa de suicídio
[] Outro:

OUTROS
[] Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto
[] Queda, Altura aprox.: _____
[] Acidente Doméstico
[] Queimadura Agente
[] Agressão p/ animal
[] Outros: _____

AValiação Inicial

Vias Aéreas
[] Dispneia
[] Bradipnéia
[] Taquipnéia
[] Respi. Ruidosa
[] Obstruída
[] Ausente S/A

Ventilação
M.V. Diminuído
M.V. Ausente
Hipertensismo
Maciez
Ferida Aspirativa S/A

Circulação
Bradicárdico
Taquicárdico
Arritmico
Enchimento capilar acima de 2"
Ausente S/A

Aval. Neurológica
AVDN
Miocse
Midriase
Anisocoria
Otorrria
Otorragia
Rinorragia
Apresentame alcoolizado
DNV

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início	<u>130/80</u>	<u>82</u>	<u>20</u>	<u>98</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>
Fim								

AValiação Secundária

Pele
Corada
Quente
Pálida
Fria
Úmida
Seca
Cianótica

Cabeça
Contusão
Escorijaões
Laceração
Hematoma
Fundamento Fer.
Penetrante

Face
Contusão
Escorijaões
Lacerações
Ferimento ocular

Pescoço
Escorijaões
Lacerações
Hematoma
Desvio da traquéia
Enfisema Sub-Cutâneo

Tórax
Escorijaões
Lacerações
Tórax instável
Resp. paradoxal
Tamponamento

Abdome
Escorijaões
Lacerações
Distensão
Em tábua
Doloroso
Evisceração

Membros
Contusão
Escorijaões
Lacerações
Luxações

Fratura
Amputação

AValiação Cardíaca

Ritmo Sinusal
Taquicardia
Bradycardia
Fritter

Fibrilação atri
Fibrilação entricular
Assistolia

AFECCÃO CLÍNICA

Respiratória
Neurológica
Psiquiátrica
Metabólica
Cardiovascular
Alergia

Infecciosa
Obstétrica
Pedátrica
Outra

HISTÓRIA PEGRESSA

[] Diabetes
[] Hipertensão
[] HAS
[] Medicação de uso

[] Alergias
[] Outros

GRAVIDADE COMPROVADA
[] ILESO SEVERA
[] PEQUENA
[] MÉDIA
[] INDETERMINADA
[] OUTRO

INCIDENTE
[] Cancelamento
[] Recusa de Atendimento
[] Não se encontrava no local
[] Recusa de hospitalização
[] Trote
[] Bombeiro no local;

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

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA
Polícia Militar
Guarda Municipal
SMTRAN
Bombeiro
Outros:

MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 17/11/17
Stephanie

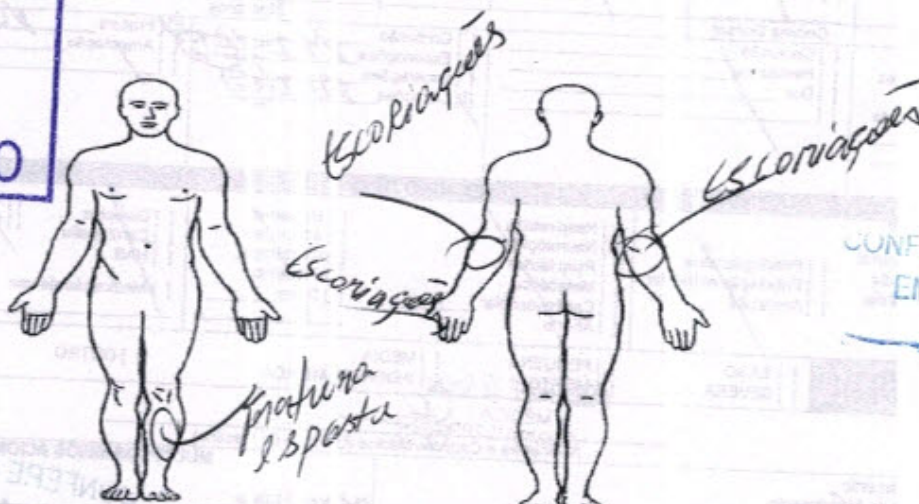
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO (UNIDADE DE DESTINO)
MÉDICA Drª F. de Souza
CRM: 1789
BRASILIRIO

DESTINO	☒ Atendido no local ☒ Trauma HGR ☒ Pronto Atendimento ☒ Coronel Mota	☒ Cosme e Silva ☒ HCSA ☒ Maternidade ☒ Outros
TERMO DE RECUSAR DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUSAR DO PACIENTE	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____	

Victima de colisão moto x carro (M) 17 anos encontrado em decúbito lateral esquerdo, lesões SSVU preservados apresentando fratura exposta fêmur M + tibial + lesões em MM ED realizado procedimentos ortopédicos conforme protocolo informado a seguir e conduzido a vítima ao Trauma HGR

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

BA
Cover
891665
B



CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 17/11/17
Stephanie

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	
Perda de líquido: _____	BCF: _____	
[] Com cartão [] Sem cartão		

02 - Afaduros 30 cm
02 - 10 cm
01 - Compressas
01 - Algodão 18 + 12 cm + 12 cm

BLOCO 2

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

BLOCO A



1700734154	03/03/2017 12:32:43	FICHA DE ATENDIMENTO	TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	21
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
LUCAS DIAS VERAS	18/11/1999	17 A 3 M 15 D	700004180086500	03911121202	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
CPF				M	SOLTEIRO(A)
Mãe				PAZ	PARDA
MARIA EUNICE DIAS CARNEIRO DE ALMADA				BOA VISTA - RR	
Endereço				Contato	
RUA - CASIMIRO JOSE DA SILVA - 144 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR				(95) 99124-1640	
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.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				LUCAS.MAIA
Queixa Principal					

anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)
Paciente trazido pelo SAMU e imobilizado cervical e praxado e imobilizado

Exame Físico
BEG, LOTE, sonolento, eupneico, hid. cor. coa. pp em 2 seg. fratura exposta m. e (imobilizado). AC n. n. AR: m. 14x4x4 SRA. FC ~ 90 bpm. 34 98% O2; Abd normal, indolor. RHA+, não há dor a palp. Cervical nem a mobilização ativa/passiva do pescoço.

Hipótese Diagnóstica
fratura exposta perna e + politrauma.

SADT - Exames Complementares
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☒ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
SFO, 5% 1000 ml EV abeto		

Dipirona 1 g EV		
Cefalotina 1 g EV		

Anti-tetânico 0,5 ml IM		
Vigilância Neurológica (Nível de consciência)		

Med. 1789		
RECEBIDO		

Conduta		
☐ Alta por Decisão Médica		

☐ Alta a Pedido		
☐ Alta a Revelia		

☒ Transferência para:		
óbito		

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

Assinatura do Paciente ou Responsável		
Carimbo e Assinatura do Médico		

Impresso por: lucas.maia		
Data Hora: 03/03/2017 12:34:41		

1700734154		
RECEBIDO		

1700734154		
RECEBIDO		

Ortopedia. Dr. Vitor Montenegro

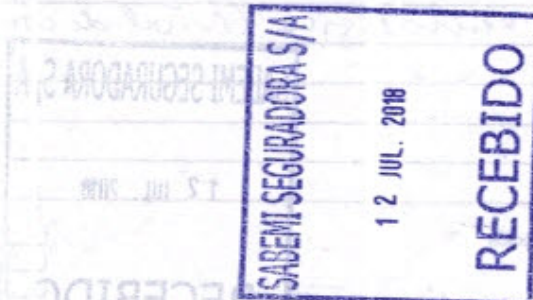
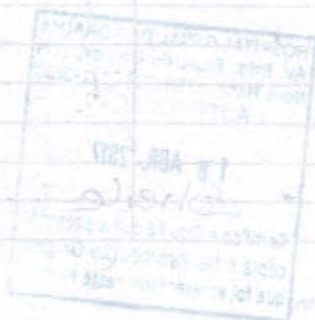
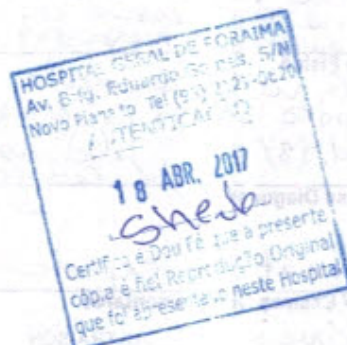
último do ocidente de fratura c/ fratura em M ☺
c/ fratura c/ fratura
do R. fix. de fibra.

1001 fix. exposto de Litu

CS: Ao GT

Superior p/cc

Dr. Leonardo Rabe
Residente em Ortopedia
Trazendo para
atendimento 17/15



GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HGR Hospital Geral de Roraima		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA									
DATA DE ADMISSÃO		03/03/2017		DIH		DN		26/10/1999	
PACIENTE		LUCAS DIAS VERAS							
DIAGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FIBULA E							
ALERGIAS		NEGA		HAS		NEGA		DM2	
IDADE		17		LEITO		110-2		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO						HORÁRIO	
1		DIETA ORAL LIVRE						SND	
2		SF 0,9 % 1000 ML EV EM 24 HS						12-24	
3		CEFALOTINA 1G, IV, 6/6HS						12-18-24-06	
4		GENTAMICINA 240MG, IV, 1X/DIA D3						SUSPENSO	
5		TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA						16-18	
6		DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h						12-18-24-06	
7		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA //							
8		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) //							
9		OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA						DB	
10		SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H						DB	
11		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG //							
12		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) //							
13		SSVV + CCGG 6/6 H						ROTINA	
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO: RX DE CONTROLE

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	123/73	89		36°C
12 H				
18 H	115/63	85	-	36°C
24 H				

Dr. Marcus Bruner
Residente de Ortopedia e
Medicina
Traumatologia
RORAIMA 8064

05.02.17 Realizado curativo diário MSE+MIE
C) secreções serosanguíneas moderadas uso de AGE
Tec. em Anestesia 11-10-10

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		TIPO DIÁG.	DN
PACIENTE <u>Lucas, Diego, Venes</u>			
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS		HAS	DM2
IDADE		LEITO	DATA
ITEM		PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE		sub
2	SF0,9% 500ML EV DE 8/8HS		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H		
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA		
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H		
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN		
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (SN)		
9	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H		
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
12	SINETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (SN)		
13	CURATIVO DIÁRIO		
14	SSV + CCGG 8/8 H		
15			
16			
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
EVOLUÇÃO MÉDICA:			
 FRANCISCO JUNIOR Médico CRM-RR 3866 MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
6 H	120/70	70	36,3
12 H	120/70	70	37,3
18 H	120/65	72	36,3
24 H	110/80	86	36,4



**Warning: Use of Plastic by Farmers in
Nigeria's Subsidized Seed Production
Programs May Be Costly**

MO-02

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

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: PJDQ9 386YP M6JDP ZXQBY

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Potência dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

LUCAS DIAS VERA

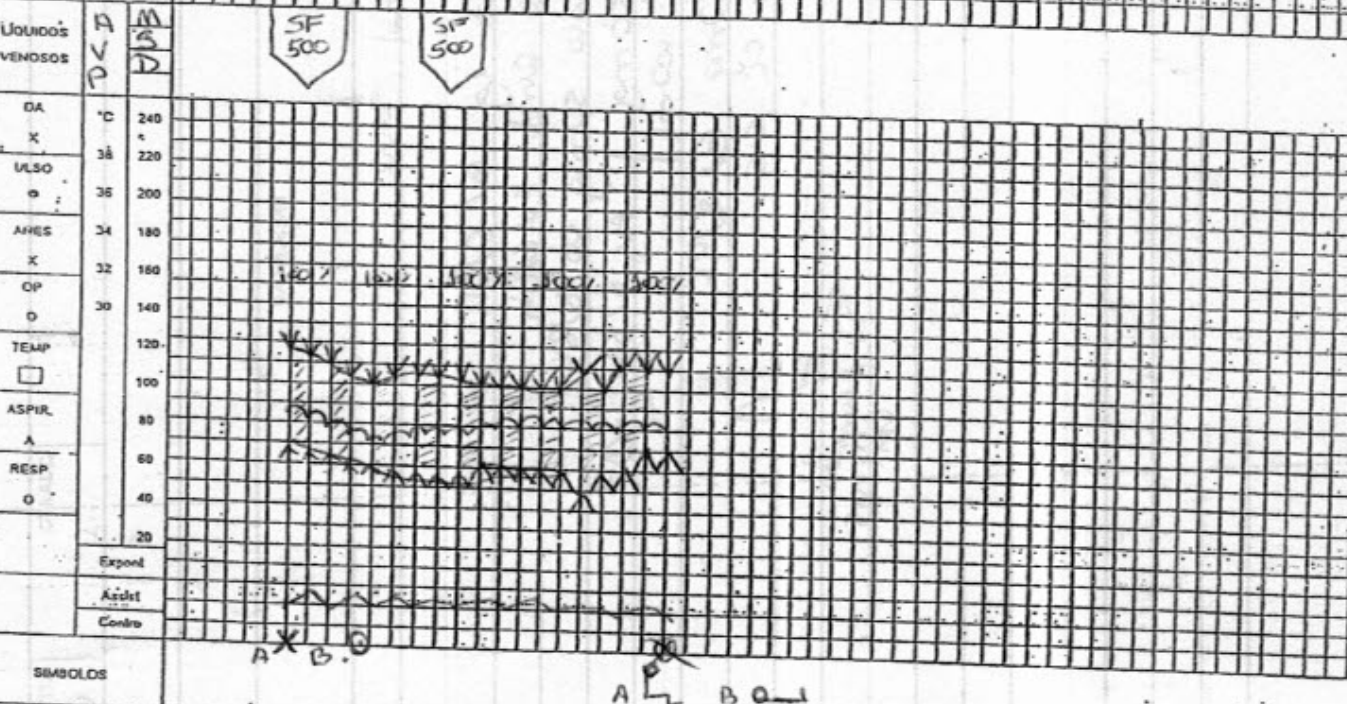
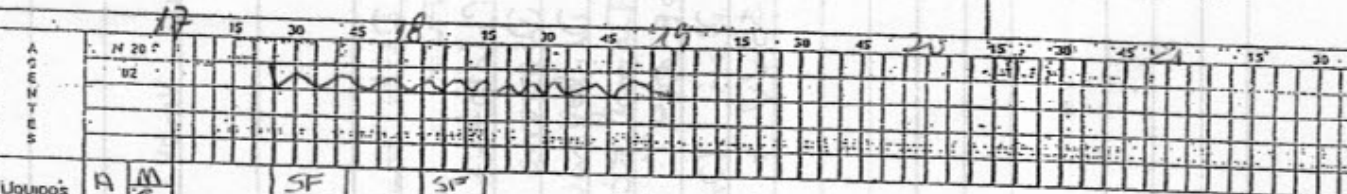
PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

MZ 2.0 mg / 17:15h.

PR 25 mg / SAT/SINOTDIO

EF: IC

03-03-17



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Bupivacaína 0.5	11 mg	RAQUIDIANESTESIA LOMBAR HIPERBARICA SIMPLES VIA RAPAMIDIA	X - POSICION ANESTESIA REGIM LOMBAR
B.		BARICA SIMPLES VIA RAPAMIDIA	ALCOOL 60ml / 10ml FENESTRA
C.		BARICA - VENTILACAO ESPONTANEA	EXFILTRACAO PLACAS SUPERFICIAIS
D.		NGO	LIDOCANA 2% (40ml)
E.			PUNCA ESPINHA SUPERFICIAL L3 - L4
F.			AGULHA 26 G.
G.			INJECAO B.P. / ALCOOL 0.5% (11 mg)
GLICOSE	LÍQUIDOS		⊗ Saw RPA
INDIC		Córnea - Naso / Orofaringea	
SANGUE		Naso / Orofaringea - Cega	
S.P.S. 0.9%	1.000 ml	Bol - Tórax - Colar do Tubo	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL	1000 ml	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO		01:30	

Osteossíntese Tibio (E)

ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜINEA
Dr. Flávia / 2 mg / 10 mg		Dr. Vitor / 60 mg	com 100 ml

Dr. Flávia L. N. Carvalho
Médica
CRM-RR 1885

Dr. Álvaro M. Herrera
Anestesiologista
CRM-RR 307



BOLETIM OPERAT

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 03/03/17

O.S. _____

Lucas Dias Veros.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx exposta de ossa do punho (C)INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: fx cir fx exposta de ossa do punhoTIPO DE INTERVENÇÃO: a propalaMEDICAÇÕES E ACIDENTES: XDIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: e mesmoCIRURGIÃO: Dr Vitor Montenegro1º aUXILIAR: Dr Ernane Bruno2º AUXILIAR: Dr Leonardo RZ

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

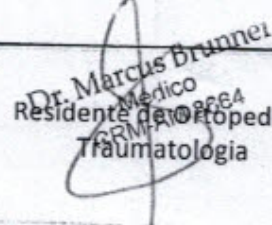
RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DDA sob plano anestésico.
- 2) Assupção + antissepsia
- 3) Colocação de campo cirúrgico
- 4) Incisão antero lateral sob fibra + LME exosteu e/ + 10L SFOG.
- 5) Divulsão por planos
- 6) Realização do fratura
- 7) Fixação e/ plano DCP 8 furos, 6-30 de furos
- 8) LME exosteu + revisão do hematoma.
- 9) Sutura por planos
- 10) Curativo
- 11) RPA.

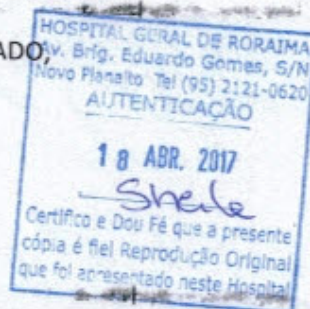
Dr. Vitor Montenegro
Traumato - Ortopedia
CRM-RR 888

[Assinatura]
CRM 1415

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE HGR				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE HGR				4 - CNES			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
5 - NOME DO PACIENTE Lucas Dias Veiros				6 - N° DO PRONTUÁRIO 156199			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 71010101411810101816151010				8 - DATA DE NASCIMENTO 18/11/99		9 - SEXO M	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL Maria Eunice dias Carneiro de Almada				11 - TELEFONE DE CONTATO 915 9112141161411		12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) Rua Leonardo José da Silva n. 144 - Dr. Silvio Leite	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Boa Vista				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF RJ	
16 - CEP							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Fx exposto de ossos do punho.				JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO PTO CRT.				HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brígida Eduarda Gomes, S/N Nova Fátima, Tel: (68) 3121.0630 AUTENTICAÇÃO 18 ABR. 2017 Stieck Certifico e Declaro que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentada neste Hospital.			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Rx + amam nux + ex. físico							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO Fx exposto de ossos do punho				21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO PTO CRT Fx exposto de fíbula				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO () CNS () CPF		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE Dr. Vitor Montenegro / Dr. Leonardo R.				31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 03 / 03 / 17		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Vitor Montenegro	
33 - ACIDENTE DE TR. BALHO				34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO				36 - CNPJ DA SEGURADORA			
37 - CNPJ EMPRESA				38 - SÉRIE			
39 - CNPJ EMPRESA				40 - CNAE DA EMPRESA			
41 - CBOR				42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR			
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF				46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 3 / 3 / 17				48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Vitor Montenegro			
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 5822							

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HGR Hospital Geral de Roraima		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA									
DATA DE ADMISSÃO		03/03/2017		DIH		DN		26/10/1999	
PACIENTE		LUCAS DIAS VERAS							
DIAGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FIBULA E							
ALERGIAS		NEGA		HAS		NEGA		DM2	
IDADE		17		LEITO		110-2		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO						HORÁRIO	
1		DIETA ORAL LIVRE							
2		SF 0,9 % 1000 ML EV EM 24 HS							
3		CEFALOTINA 1G, IV, 6/6HS							
4		GENTAMICINA 240MG, IV, 1X/DIA · D3							
5		TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA						SUSPENSO	
6		DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h							
7		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA							
8		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)							
9		OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA							
10		SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H							
11		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG							
12		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)							
13		SSVV + CCGG 6/6 H							
14		ALTA HODPITALAR APÓS RX FICAR PRONTO							
15									
16									
17									
18									
19									
20		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							
EVOLUÇÃO MÉDICA:									
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES									
# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.									
FERIDA OPERATÓRIA SEM PRESENÇA DE SECREÇÕES E EM BOM ASPECTO									
# SOLICITADO : RX									
# CONDUTA : ALTA APOS RX									
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :									
# PREVISÃO DE ALTA :									
SINAIS VITAIS		PA	FC	FR	TEMP	 Dr. Marcus Brunner Médico Residente de Ortopedia e Traumatologia			
6 H									
12 H		90/60	78		36,8				
18 H									
24 H									

exame. Tcc. Celso





E



3/3/2017 13 27 04



3/3/2017 13 27 04



LUCAS DIAS VERAS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



SINISTRO 3180319857 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA LUCAS DIAS VERAS****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE****INDENIZAÇÃO** Sabemi Seguradora S/A-Filial Boa Vista-RR**BENEFICIÁRIO LUCAS DIAS VERAS****CPF/CNPJ:** 03911121202**Posição em 19-12-2018 11:51:43**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
14/09/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
28/07/2018	Exigência Documental	
19/07/2018	Aviso de Sinistro	

