



EDSON SANTIAGO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

2

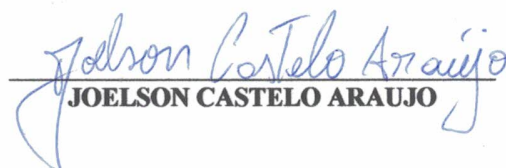
PROCURAÇÃO

Outorgante: outro **JOELSON CASTELO ARAÚJO**, Brasileiro, Solteiro, Desempregado, portador (a) do RG nº 272754 SSP/RR e inscrito no CPF: nº 001.699.372-16, residente na AV: Ville Roy, nº 7144 Bairro: São Vicente, CEP: 69.303-445, Boa Vista- RR nesta Capital. Tel.: (95) 99903-7857/ 99903-7826.

.Outorgados: Bel. **EDSON SILVA SANTIAGO**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619 **OSTIVALDO MENEZES DO NASCIMENTO JUNIOR**, Brasileiro, Solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº 1280, todos com endereço profissional à Rua Prof. Agnelo Bitencourt, nº335 – Centro, Boa Vista/RR, Tel. (95) 3224-1634, 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, inclusive receber alvará judicial e dar quitação.

Boa Vista/RR, 18 de dezembro de 2019.


JOELSON CASTELO ARAUJO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ


Polegar Direito



Joelson Castelo Araújo
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
272754

DATA DE EXPEDIÇÃO
19/08/2019

NOME
JOELSON CASTELO ARAÚJO

FILIAÇÃO
JOSÉ DA SILVA ARAÚJO
GRACINHA MACIEL CASTELO

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR

DOC. ORIGEM
CERTD NASC 77591 FLS 066 LIV A-113

BOA VISTA-RR

CPF
001.699.372-16

2ª VIA

DATA DE NASCIMENTO
04/06/1989

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Policial de Identificação Civil

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P1

PROIBIDO PLASTIFICAR



Para contato conosco informe este número

SEU CÓDIGO

0097585-0

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 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 impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003443366
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	06/09/2019	614	522,37

CELINA PEREIRA DA SILVA
AV VILLE ROY 7144 1 SAO VICENTE
CPF: 0001446660263
CEP: 69.303-445 - BOA VISTA

ROT: 3.001.09.01.006203

DADOS DA LEITURA		KVAD		KVADH		DATAS DA LEITURA	
Atual:	26876					Atual:	16/08/2019
Anterior:	26262					Anterior:	16/07/2019
Constante de Multiplicação:	1,000					Próxima Leitura:	15/09/2019
Consumo Medido:	614					Emissão:	14/08/2019
Consumo Faturado:	614	FCAM				Apresentação:	16/08/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	11EDB03788N	1623562	1.1.1.2	264

HISTÓRICO kWh		Mês/ano consumo	
JUL/19	772		
JUN/19	532		
MAI/19	231		
ABR/19	252		
MAR/19	232		
FEV/19	220		
JAN/19	203		
DEZ/18	113		
NOV/18	141		
OUT/18	182		

DESCRICO DA CONTA	
CONSUMO	614 A R\$ 0,772737 = 474,46
CORRECAO MONETARIA DA 04/19-00	0,30
CORRECAO MONETARIA IG 04/19-00	3,64
MULTA POR ATRASO-DE I 04/19-00	2,90
JUROS DE HORA POR ATR 04/19-00	0,77
MULTA POR ATRASO 04/19-00	3,98
JUROS DE HORA DE IMPO 04/19-00	4,78
ILUMINACAO PUBLICA	31,54

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 614 - 0,63462

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano 07/2019 Valor R\$ 638,85

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 31/08/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar, além com a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e a reavizada(s) no valor de R\$ 607,91 (seiscentos e sete reais e noventa e um centavos). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 9E4F.4895.5F1D.1F84.CE98.3C5F.0736.732D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	120,62	Base de Cálculo:	474,46
Energia:	255,77	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	80,65
Encargos:	13,28	Valor do PIS:	0,72
Tributos:	34,70	Valor do COFINS:	3,42

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ663 59BZT AB7AN P7HKD





EDSON SANTIAGO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

3

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu outro **JOELSON CASTELO ARAÚJO**, Brasileiro, Solteiro, Desempregado, portador (a) do RG nº 272754 SSP/RR e inscrito no CPF: nº 001.699.372-16, residente na AV: Ville Roy, nº 7144 Bairro: São Vicente, CEP: 69.303-445, Boa Vista- RR nesta Capital. Tel.: (95) 99903-7857/ 99903-7826.

DECLARO para que produza os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção do termo e que não posso arcar com as despesas do processo sem prejuízo de meu sustento.

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista/RR, 18 de dezembro de 2019.


JOELSON CASTELO ARAUJO





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016161/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/06/2019 10:03 Data/Hora Fim: 02/06/2019 10:17
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: J 925 CIPTUR Data: 02/06/2019
Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 02/06/2019 09:09

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: São Vicente

Logradouro: AV. VILLE ROY C/ AV. PRESIDENTE CASTELO BRANCO

Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO REJANE VICENTE DA SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Idade 38
Profissão: Policial Militar
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Nao Informado

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 137638

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: 13

Nº: 141

Bairro: Jardim Tropical

Nome Civil: JOELSON CASTELO ARAUJO (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 04/06/1989
Profissão: Estudante
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Gracinha Maciel Castelo Nome do Pai: Jose da Silva Araujo

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 272754

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 001.699.372-16

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: AVENIDA VILLE ROY

Nº: 7144

Bairro: São Vicente



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016161/2019

Telefone: (95) 99153-3066 (Recado)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 819.441.012-68

Renavam 00804055220

Número do Chassi 9C2HA07003R055208

Cor VERDE

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/C100 BIZ

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 11/02/2019

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAK3155

Número do Motor HA07E-3055208

Ano/Modelo Fabricação 2003/2003

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/C100 BIZ

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Antonio Rejane Vicente da Silva

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

INFORMO QUE ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER A UMA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO NO ENDEREÇO SUPRACITADO, NO LOCAL, CONFORME INFORMAÇÕES DA VITIMA SENHOR JOELSON CASTELO BRANCO, O MESMO TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA/C100 BIZ NA COR VERDE E PLACA NAK3155, NA AVENIDA VILLE ROY SENTIDO CENTRO>BAIRRO, QUANDO AO REALIZAR MANOBRA DE MUDANÇA DE DIREÇÃO (CONVERSÃO À ESQUERDA) PARA SEGUIR NA AVENIDA PRESIDENTE CASTELO BRANCO, JÁ TRAFEGANDO NA ROTATÓRIA, ENVOLVEU SE EM COLISÃO COM UM VEICULO IDENTIFICADO APENAS COMO SENDO UMA SPIN NA COR BRANCA, QUE APÓS O EVENTO DANOSO, EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO, SEGUINDO DESTINO IGNORADO. NA OCASIÃO, A EQUIPE DE RESGATE DO CBM SE FEZ PRESENTE NO LOCAL E REMOVEU O SENHOR JOELSON PARA O PSE. NÃO HOUVE SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA OFICIAL. FOI CONFECCIONADO AUTO DE INFLAÇÃO DE TRANSITO DEVIDO O SENHOR JOELSON NÃO POSSUIR CNH, PPD OU ACC. AINDA NO LOCAL A HONDA/BIZ FOI LIBERADA PARA A SENHORA HORTENCIA PEREIRA LIMA DE CNH06554907180. DIANTE DO OCORRIDO, FOI CONFECCIONADO ESTE RELATÓRIO PARA FINS DE REGISTRO E CONHECIMENTO.

ERA O QUE TINHA A RELATAR. TRANSCRITO CONFORME ROP.

ASSINATURAS

Mauricio Ribeiro Dantas da Silva

Agente Carcerário

Matricula 42000653

Responsável pelo Atendimento

Antonio Rejane Vicente da Silva
(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-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Delegado de Polícia Civil Jefferson Luiz Freire

Impresso por: Jefferson Inacio Araújo

Data de Impressão: 04/07/2019 13:27

Protocolo nº: Não disponível



Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

02/06/2019

410-2

... Guia de Atendimento 17 ...

Visto
JUE

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAAR / 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.

1901117944	02/06/2019 08:28:04	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	3
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
JOELSON CASTELO ARAUJO	04/06/1989	29 A 11 M 28 D				
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
				M		PARDA
Mãe	Pai	Naturalidade		Nacionalidade		
GRACINHA MACIEL CASTELO	NI			BRASILEIRA		
Endereço	Contato			Ocupação		
AVENIDA - VILLE ROY - 7144 - SAO VICENTE - BOA VISTA - RR	(95) 99903-7826					
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	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	RESGATE		ALEXSANDRO PEREIRA			
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 trazido pelos bombeiros em prancha, sem color; vítima de acidente motorciclístico, usava capacete. não sintoma, emere, tontura.

Exame Físico

AVSP, no dor cervical. B) Exame, AR: C)

D) Glasgow 15

E) MIB imobilizado, dor em

Hipótese Diagnóstica

torção. deformidade em ombro D - Lx?

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Diphon 2g
2) Analgésico 40mg
3) Anal. ORTOPEDIA.

Dr. Luiz Fernando Junges
Cirurgia Geral
CRM-RR 1583

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 565

Conduta

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

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: alexsandro.pereira
Data Hora: 02/06/2019 08:32:52

2019
SISTEMA DE ATENDIMENTO
DO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. Bdg. Eduardo Gomes, S/N
FONE: (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
07 JUN 2019
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital



1901117944

BLUDD **Alt: 28/06/2019**

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: **FEA**

2 - CNES: **173563**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: **FEA**

4 - CNES: **173563**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: **JOELSON CRISTO ALVES**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: **173563**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **71081001187741170315**

8 - DATA DE NASCIMENTO: **04/06/89**

9 - SEXO: **M**

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: **Guacinha Maciel Castelo**

11 - TELEFONE DE CONTATO: **913 9910378216**

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **AV. Ville Roy 7144 São Vicente**

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **BV**

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: **3500100**

15 - UF: **RJ**

16 - CEP: **24110-000**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pecunia por acidente, queimadura e lesão funcional do ombro esquerdo e tornozelo direito

18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS DE INTERNAÇÃO

Cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx ombro esquerdo e Tornozelo direito

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Luxação traumática do ombro esquerdo e fratura do tornozelo direito

21 - CID 10 PRINCIPAL: **S60.01**

22 - CID 10 SECUNDÁRIO: **S60.02**

23 - CID 10 TERCÁRIO: **S60.03**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Redução cirúrgica da luxação do ombro esquerdo

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **86.01**

26 - CLÍNICA: **Cirurgia**

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **Urgência**

28 - DOCUMENTO: **() CNS () CPF**

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE E ASSISTENTE: **5115191517617111**

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE E ASSISTENTE: **Dr. Jesus A. Lopez Aguirre**

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **02/06/19**

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM-RR 566**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO: **()**

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO: **()**

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO: **()**

36 - CNPJ DA SEGURADORA: **()**

37 - Nº DO BILHETE: **()**

38 - CNPJ EMPRESA: **()**

39 - CNES DA EMPRESA: **()**

40 - C60R: **()**

41 - C60R: **()**

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: **() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **Dr. Jesus A. Lopez Aguirre**

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR: **0408010134**

45 - DOCUMENTO: **() CNS () CPF**

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **5430**

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **02/06/19**

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **até 27.06**

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: **173563**



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

gabriel Castelo Araújo

Data: 02/06/2019

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Luxação traumática de ombro (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Redução incremental do ombro

TIPO DE INTERVENÇÃO: Redução do ombro

COMPLICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: a mesma

CIRURGIÃO: Dr. Jesus

1º AUXILIAR: Tara Guilhermino

2º AUXILIAR: Thiago Quirino

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: geral - endovenosa

ANESTESISTAS: Dr. Adonias

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Paciente anestesiado

1. Localização da fratura sob tração

Manipulação de comprovação

Colocação de Típóia.

Dr. Jesus A. López Aguirre
CRM-RR 565



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

VOME DO PACIENTE	28A	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Jackson castelo Araujo				02 / 06 / 19

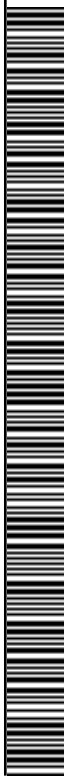
CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO	
TIPO		INICIO	FIM
luxação ombro "E"		11:28	11:30

EQUIPE MÉDICA	
CIRURGIÃO	Dr. Jerson
1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR	
ANESTESISTA:	Dr. Adonias
RES. ANESTESIA:	Dr. Neto
INSTRUMENTADOR	
CIRCULANTE	Nauza / Raimundo

TIP DE ANESTESIA: <u>Sedação (11:25h)</u>			TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO <u>250 ml</u>	
	PACOTES GAZE			<u>Grupo Maero</u> FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
1	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM <u>Atadura</u>	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA <u>cateter 02</u>	
				OUTROS: <u>Blistros</u>	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	Ana Rinata	SUB- TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
	Nauza / Raimundo	TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ63F QMXNG E3P6A MJZFY



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
— "Amazônia Potencializada dos Brasileiros" —

FICHA DE ANESTESIA

50 Elson Costo Arroyo, 29 n

02,06/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº
11		
SINTOMAS 153045153045153045153045	153045153045153045153045	
SINTOMAS 153045153045153045153045	153045153045153045153045	
SINTOMAS 153045153045153045153045	153045153045153045153045	
SINTOMAS 153045153045153045153045	153045153045153045153045	
SINTOMAS 153045153045153045153045	153045153045153045153045	
SINTOMAS 153045153045153045153045	153045153045153045153045	
SINTOMAS 153045153045153045153045	153045153045153045153045	
SINTOMAS 153045153045153045153045	153045153045153045153045	
SINTOMAS 153045153045153045153045	153045153045153045153045	
SINTOMAS 153045153045153045153045	153045153045153045153045	
SINTOMAS 153045153045153045153045	153045153045153045153045	
SINTOMAS 153045153045153045153045	153045153045153045153045	
SINTOMAS 153045153045153045153045	153045153045153045153045	
SINTOMAS 153045153045153045		

AGENTES		DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES	
A	Pantanol	100 g	Anestesia LMBP SOB	X - Chave Est or.	
B	Lidocaina	50 g	Máscara espontânea	S. Indução "grau A+B+C"	
C	propofol	60 g			
D					
E			/		
F					
G					
H	QUADRO	LÍQUIDOS	Cânula - Nasal / Oro Faríngeo Nasal / Orotraqueal - Cega Bal - Tamp - Calibre do Tubo Sem Máscara Dificuldade Técnica	em 24W nei	No Spitz
I	NDCO				
J	SANGUE				
K		SF 0,9% 100g		TEMPO DE ANESTESIA	
L	TOTAL	100g	20 minutos		
M	OPERAÇÃO	Redução luxação ombro @		Laringe - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito	Hemorragia - Arritmia Bradi Taquicardia - Choque
N	ANESTESIA	código	QUIRÚRGIO	PERDA SANGÜINEA	
O		anestésico 175ml	ZALU		

10/20/2019

50420

FIBREGLASS

BERNARD SANCHEZ-MAIER

Bruno Thiago D. C. Pinho
MEDICO
CRM-RR 1026



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA



BLOCOS E PAAR

Nome: Johnson C. Araújo
Idade: 39 Sexo: M() F(x) Leito: 410-2 Diagnóstico: lux ombro (E) e
redução incrementa + fx TNZ (D).

24/06/19

TARDE

~~MANHA~~

25/06/19

~~MANHA~~

TARDE

~~MANHA~~

~~MANHA~~

26/06/19

TARDE

~~MANHA~~

~~MANHA~~

27/06/19

TARDE

~~MANHA~~

~~MANHA~~

~~MANHA~~

~~MANHA~~

Pcte no leito, estável, s/ queixas algicas, s/ intercorrências, em AA, eufórico, boa a s/ imobilização, passada na perna (D) para TNZ (D), mantém a fisioterapia motora em ombro (E) + orientações.

Profissional: S. Araújo
Vicente P. S. Araújo
CREFTO - 13728
FISIOTERAPEUTA

Pcte. estável, s/ queixas algicas, s/ intercorrências, em AA, eufórico, boa, mantém a fisioterapia motora em ombro (E) + orientações.

Profissional: S. Araújo
Vicente P. S. Araújo
CREFTO - 13728
FISIOTERAPEUTA

Pcte no leito, acordado, consciente orientado coletivo, estável, s/ queixas algicas s/ intercorrências, em AA, eufórico, boa, mantém a fisioterapia motora + orientações.

Profissional: S. Araújo
Vicente P. S. Araújo
CREFTO - 13728
FISIOTERAPEUTA

Pcte no leito foi submetido a 1^a cirurgia em TNZ direito pela manobra, no momento referindo algia no TNZ (D), mas anestesia, deixa o em repouso.

Profissional: S. Araújo
Vicente P. S. Araújo
CREFTO - 13728
FISIOTERAPEUTA

 Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
---	---------------------	---

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		7 - DATA DE NASCIMENTO	
8 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		9 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL	
10 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		13 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
14 - UF		15 - 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 REALIZADOS)	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	
21 - CID 10 PRINCIPAL	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		26 - CLÍNICA	
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO	
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	
36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE	
38 - SÉRIE		39 - CNPJ EMPRESA	
40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			

AUTORIZAÇÃO		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 27,06,19

O.S. _____

Joelson Carlos Aguiar

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura luxação transub dent.

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: Redução cruenta e osteosíntese

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O - 012

CIRURGIÃO: Dr. Jery 1º AUXILIAR: Dr. C. Enig.

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: KADUI

ANESTESISTAS: Dr. Henrique ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente consciente
- Asséptico, antiespasmódico
- Campos esterilizados
- Incisão lateral, direção ao foramen
- S. fratura, redução e fixação com placa
- 1/3 com 03 furos + 03 parafusos e parafusos
- e 04 parafusos com 03 parafusos
- Incisão redonda, direção ao foramen
- redução e fixação com parafusos e placa 45°
- + comutador
- Sutura, comutador

Dr. Jesus A. Lopez Aguiar
CRM 563



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopédia:

Tipo Cirurgia:

OSTEOS DE FOST DE TORNADOZO (LD)

Data: 27/06/2019

Nº. DO PRONTUÁRIO:

Indente: Yacilson Antão Araújo

Idade

Bloco: 0 Enfermaria 410 Leito: 2

Caixa: Pequenos fragmentos

Nº

Circulante: Bahia e Raffaella

Sala 02

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

Placa TERCO DE CNO 8 furos 1

Parafusos cortical 3.5 16 II

1º 1 Esporjoso 3.5 16 1 18 I

Dralla 1

Dr. Jesus A. Lopez Aguiar
CRM-R 563013-6
Médico Responsável

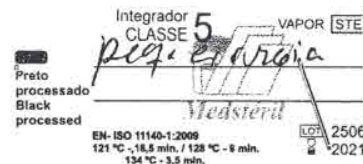
1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

Medstéril



FICHA DE MAT.....

NOME DO PACIENTE		Idade: 30 anos		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Jelson Castelo Araújo		410-2				27 / 06 / 20
CIRURGIA						
TIPO		INICIO				
Osteossíntese de tornozelo		10:32				
EQUIPE MÉDICA						
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:				
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:				
2º AUXILIAR		INSTRUMENTAD				
TIPO DE ANESTESIA:		CIRCULANTE				
Raque anestésica		TEMPO DE DURA				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS		
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO		
1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO 500ml		
1	LUVA ESTERIL 7.0		1	FRASCOS- SORO GLICOSADO		
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº 2-0		
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº		
1	LUVA ESTERIL 6.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº		
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº		
1	LÂMINA BISTURI Nº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº		
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº		
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº		
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº		
	SERINGA 01ML			SURGICEL		
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO		
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº		
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM		
1	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA		
1	Cateter 02		100ml	OUTROS: Floresadina		
1	Eletrodos		some Al cool			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS		SUB- TOTAL
YANK		Erika		TAXA DE SALA		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE ANESTESIA		SOMA
		Bahia		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		
		Rafaela				



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio das Brasileiras"

FICHA DE ANESTESIA

Joelma Castelo Araújo, 304, M.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

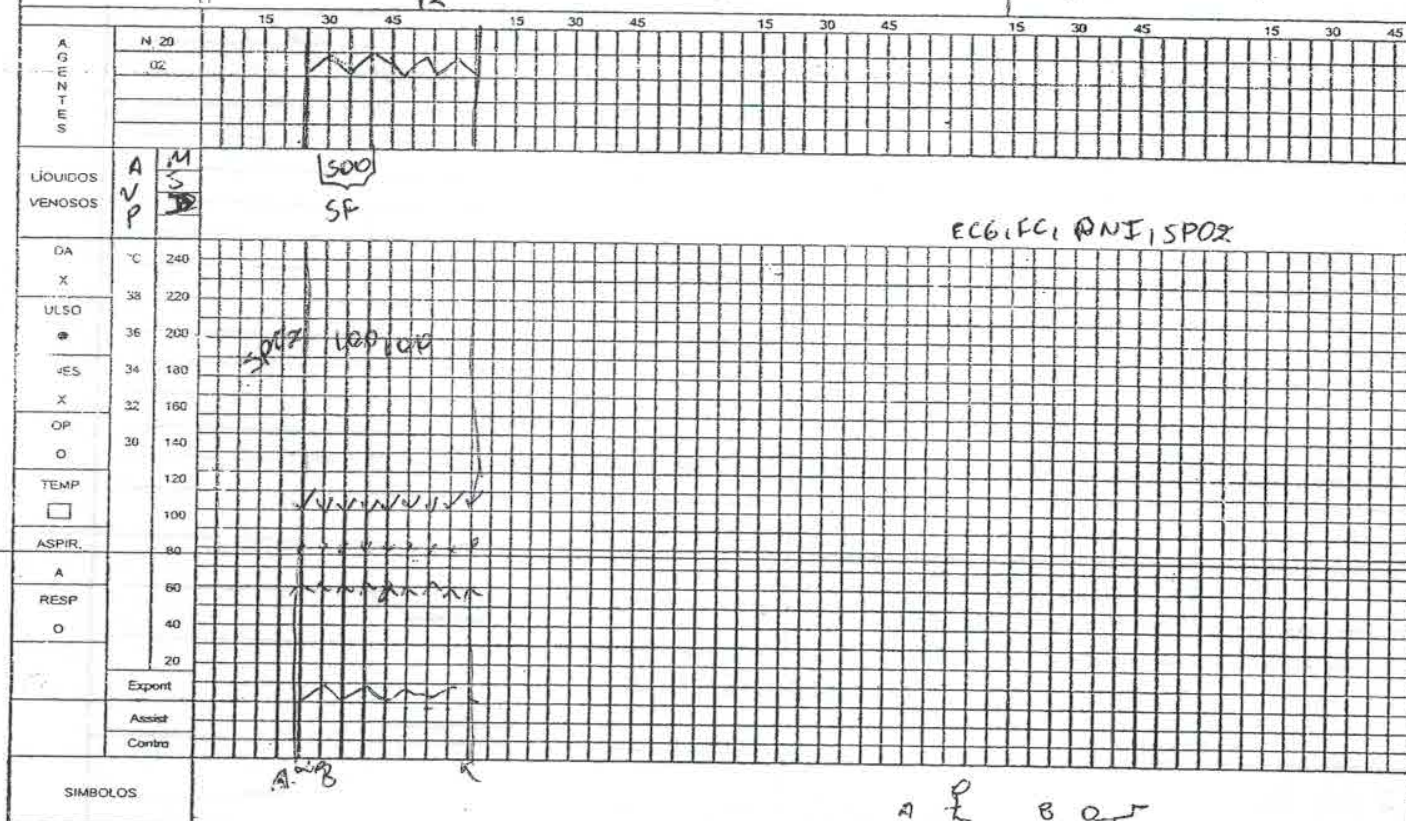
FENTANIL 50mcg + MIDAZOLAM 3mg

Nº

27.06.19.

11

12

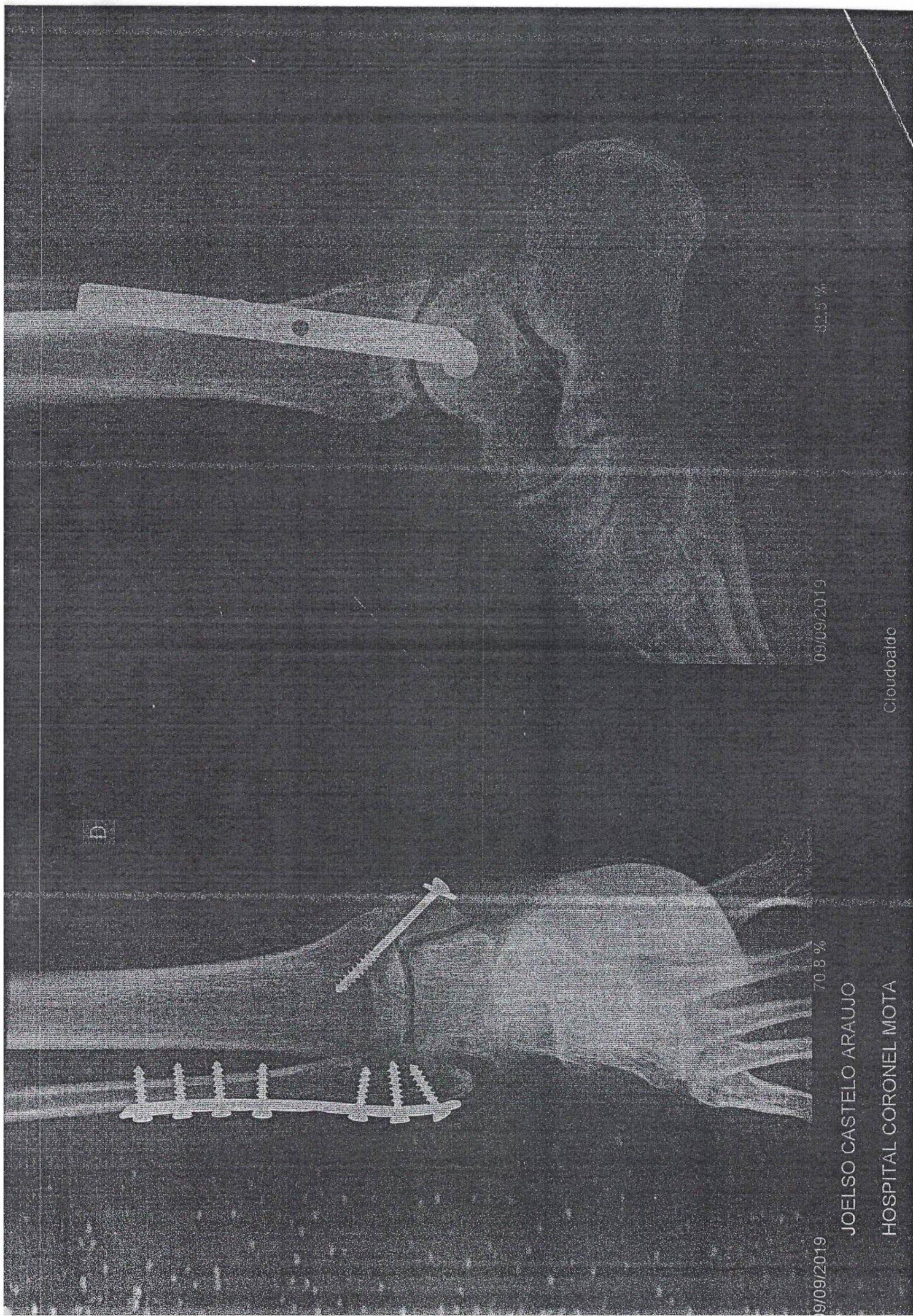


AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
Fentanyl 100 mcg		Intubação	1. Chegada de equipamento
Midazolam 5 mg		Intubação	2. gases e drogas + monitorização
Chupada de leite 15 mg		Intubação	3. O2 via CN.
		Intubação	4. Sufocado.
		Intubação	5. Anestesia e auto-ventilação com
		Intubação	6. REGISTRO LOMBAR com ACQUOL A 20%.
		Intubação	7. Colocação de campo punhado orient.
		Intubação	8. Anestesia dos planos superficiais e profundos
		Intubação	9. com bupiv 0.5% 15mg. Tensão do espôlio
		Intubação	10. subaracnóideu entre L3-L4 via paravertebral
		Intubação	11. com agulha 27 G. (Quinke)

OPERAÇÃO: OSTEOSSÍNTESE DO TORNOSZELCO ②

ANESTESIA: DRA. MARISA CÓDIGO: DR. JESUS / DR. HENRIQUE PERDA SANGÜINEA: Bial parafuso os furos de

DR. EVERSON R. L. Dra. Marisa Pinto Anestesiologista CRM 308 Maria Pinto
dica. Liquor claro, normotenso.
Feito injeção de redução anestésica
com miorrelaxia hiperbarica 15mg.
Bloqueio sensitivo a mior
potipalatois.
Bromagi 3



82.5 %

09/09/2019

Cloubaldo

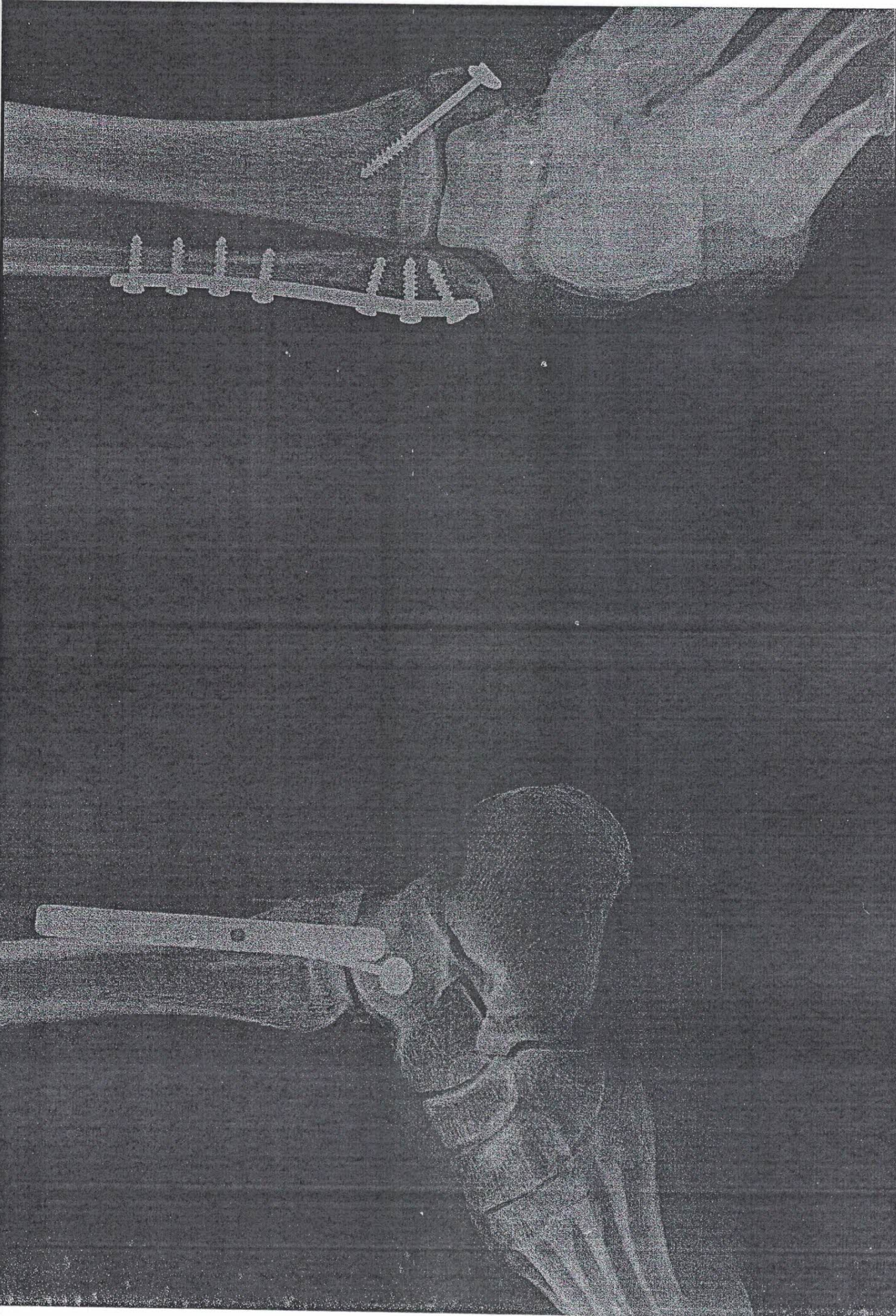
70.8 %

09/09/2019

JOELSO CASTELO ARAUJO

HOSPITAL CORONEL MOTA



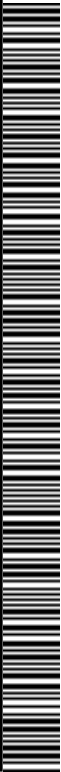


JOELSON CASTELO ARAUJO 7635

HOSPITAL CORONEL MOTA 15/07/2019

70,8 %

Vilson





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190682532

Vítima: JOELSON CASTELO ARAUJO

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOELSON CASTELO ARAUJO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOELSON CASTELO ARAUJO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 341

Agência: 000001352

Conta: 0000051443-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Pag. 00113/00114 - carta_15R - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJXJL LXXNV 5ELV7 T4RCA