



★ ADVOCACIA & ASSESSORIA ★

PROCURAÇÃO

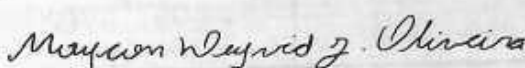
Outorgante: Sr. **MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA**, Brasileiro, solteiro, Estoquista, portadora da cédula de identidade nº 391317-1 SSP/RR e inscrito no CPF sob o nº 021.273.832-14, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Pedro Praça, nº 1882, Bairro: Asa Branca, CEP: 69.312-308. Tel: (95) 99126-6384 E-mail: mayconbaliza97@gmail.com

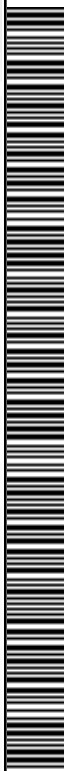
Outorgado: Bel. **MARLON TAVARES DANTAS**, Brasileira, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 1832, Bel. **ELINEIVA COSTA SILVA**, Brasileira, Solteira, Advogada, OAB/RR sob o nº 1743, com endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, 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, 29 de 11 2020.

MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ		REGISTRO GERAL 391317-1	DATA DE EXPEDIÇÃO 15/02/2018
 Polegar Direito		NOME MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA	
		FILIAÇÃO ANTÔNIO PEREIRA DE OLIVEIRA	
 Assinado digitalmente		REJANE DE JESUS	
		NATURALIDADE SÃO LUIZ - RR	
		DOC. ORIGEM CERTD NASC 5485 FLS 43 LIV A-8	
		DATA DE NASCIMENTO 27/12/1996	
		SÃO LUIZ-RR	
		CPS	
		021.273.832-14	
		2ª VIA	
		AMADEU ROCHA TRIANI Perito Forense do Estado do Rio Grande do Sul	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	



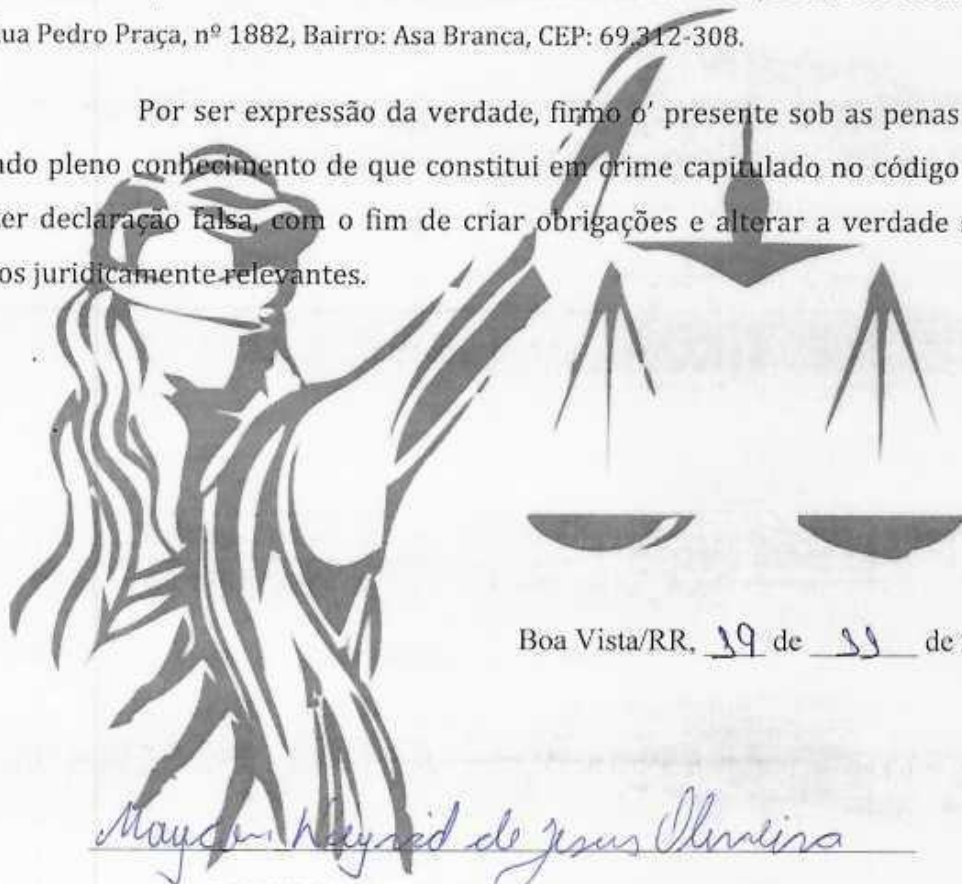


★ ADVOCACIA & ASSESSORIA ★

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA, Brasileiro, solteiro, Estoquista, portadora da cédula de identidade nº 391317-1 SSP/RR e inscrito no CPF sob o nº 021.273.832-14, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Pedro Praça, nº 1882, Bairro: Asa Branca, CEP: 69.312-308.

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, 19 de 11 de 2020

Maycon Deyvid de Jesus Oliveira

MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA





★ ADVOCACIA & ASSESSORIA ★

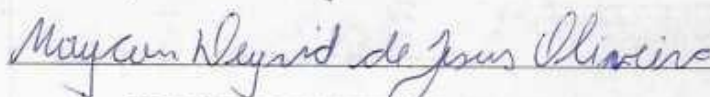
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA, Brasileiro, solteiro, Estoquista, portadora da cédula de identidade nº 391317-1 SSP/RR e inscrito no CPF sob o nº 021.273.832-14, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima, sito à Rua Pedro Praça, nº 1882, Bairro: Asa Branca, CEP: 69.312-308.

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, 29 de 11 de 2020



MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

A F DE SOUSA MOURA & CIA LTDA ME		CC: A F DE SOUSA MOURA		Folha Mensal	
CNPJ: 07.765.063/0001-88		Mensalista		Julho de 2020	
Nome e Função		Código		Data	
3 MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA		414105		1 1	
ESTOQUISTA		Admissão:		01/04/2016	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	68:12	322,88	24,21	
2	T.N.B.P.	7,90			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			322,88	24,21	
			Valor Líquido	298,67	
Salário Base		Sal. Contr. Adm	Base Calc. FGTS	FOLTA de 1 dia	
1.076,25	322,88	322,88	25,83	Base Calc. INSS	
				Temp. PPV	
				0,00	

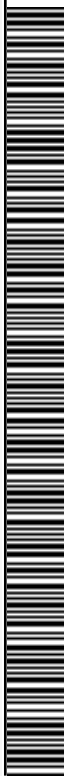
568,00

Declaro ser verdade a importância líquida e supracitada das folhas

Maycon Deyvid

08/08/2020

Data





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023185/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/07/2019 10:52 Data/Hora Fim: 31/07/2019 11:10
Origem: Polícia Judiciária Data: 31/07/2019
Delegado de Polícia: Alexsander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 17/06/2019 14:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Imigrantes

Beirro: Burtis

Ponto de Referência: Pizzaria Manancial
Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - São Luiz

Sexo: Masculino

Nasc: 27/12/1996

Profissão: Estoquista

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Rejane de Jesus

Nome do Pai: Antônio Pereira de Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 021.273.832-14

RG - Carteira de Identidade: 391317-1

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Pedro Praça

Complemento: Apartamento 01

Bairro: Asa Branca

Telefone: (95) 99126-6384 (Celular)

Nº: 1882

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 467.785.273-15

Placa NAK-0265

Renavam 00804454850

Número do Motor JC30E13242660

Número do Chassi 9C2JC30103R242660

Ano/Modelo Fabricação 2003/2003

Cor AZUL

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS

Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos



Delegado de Polícia Civil: Alexsander Lopes da Silva
Impresso por: Jefferson Inácio Araújo
Data de Impressão: 31/07/2019 11:11
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023185/2019

Nome Envolvido

Maycon Deyvid de Jesus Oliveira

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não possui habilitação, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando trafegava conduzindo à motocicleta também devidamente descrita acima e que é de propriedade de ANTONIO REGINALDO G. DA SILVA, onde veio a colidir na traseira de um veículo que parou bruscamente em sua frente. Que sofreu lesões corporais e foi resgatado por equipe do SAMU até o HGR. Que não sabe informar as características do outro veículo envolvido, apenas que a condutora posteriormente procurou ter seus danos ressarcidos. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.**

ASSINATURAS

DAT

31 JUL 2019

Jefferson Inacio Araujo

Agente de Polícia

Matrícula 42000908

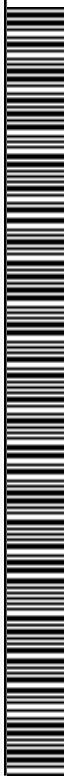
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA

Maycon Deyvid de Jesus Oliveira

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelo atendimento prestado e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Crime e 340-Compromisso de Resposta, sob a Contravenção do Código Penal Brasileiro."



FICHA DE ATENDIMENTO Nº **1142** - **SAMU 192**

PREFEITURA DOA VISTA UNIDADE: EQUIPE: *Paulo Dirceu Fei Williams*

Paciente: *MAYSON DEYVID DE SÉSUS OLIVEIRA* Idade: *23* Sexo: *M*

Nacionalidade: *Brasileiro* Raça: Branca [] Negra [x] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia

Endereço: *AV. das Urupiantes* Bairro: *Barro Preto*

Nº *10125* DATA *17/06/19* HORA J/9: *14:47* BASE *(X) VIA* RÁDIO *(X)*

Médico (a) Regulador (a): *Dr. Am de Deus* HORA J/10: *15:00* CELULAR

MOTIVO INICIAL: *Colisão com a moto* 9.15.24 10.15.196

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora [x] 1 a 3 horas [x] 4 a 24 horas [x] Mais de 24 horas [x] Não sabe [x]

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

☒ Acidente de trânsito ☐ Urgência psiquiátrica ☐ Queimadura ☐ Urgência obstétrica

☐ Agressão física / espancamento ☐ Tentativa de suicídio ☐ Choque elétrico ☐ Transferência

☐ Agressão física - FAF ☐ Envenenamento ☐ Queda ☐ Exame complementar

☐ Agressão física - FAB ☐ Afogamento ☐ Urgência clínica ☒ Outros *Acidente de trânsito*

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA: ☒ Pedestre ☐ A pé ☐ Ônibus ☒ Automóvel ☐ Bicicleta ☐ Capacete

☒ Condutor ☐ Automóvel ☐ Micro-ônibus ☐ Motocicleta ☐ Animal ☐ Cinto de segurança

☐ Passageiro ☒ Motocicleta ☐ Outro ☐ Ônibus ☐ Micro-ônibus ☐ Airbag

☐ Ignorado ☐ Bicicleta ☐ Micro-ônibus ☐ Assento para criança

AValiação INICIAL

VIAS AÉREAS: ☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Outro:

VENTILAÇÃO: ☐ Apnéia ☐ Dispneia ☐ Bradipnéia ☐ Taquipnéia

CIRCULAÇÃO: ☐ Bradicárdico ☒ Taquicárdico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Pulso radial ausente ☐ Pulso central ausente ☐ Cianose central ☒ Extremidade

AVAl. NEUROLÓGICA: ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☒ Anisocoria ☐ Aparentemente Alcoolidado ☐ Agitação psicomotora

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início <i>15:08</i>	<i>110/80</i>	<i>114</i>	<i>22</i>	<i>100%</i>	<i>36.8</i>	-	<i>08</i>	<i>15</i>
Fim <i>15:19</i>	<i>120/70</i>	<i>115</i>	<i>23</i>	<i>99%</i>	<i>36.7</i>	-	<i>06</i>	<i>15</i>

AValiação SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA

☒ Dor ☐ Hematoma ☒ Contusão ☒ Escoriação ☐ Laceração ☐ Luxação ☐ Fratura fechada ☐ Fratura exposta ☐ Amputação ☐ Evisceração ☐ Afundamento de crânio ☐ Ferimento penetrante ☐ Tórax instável ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Ferida aspirativa ☐ Empalamento ☐ Outros

ABERTURA OCULAR

☒ Espontânea ☐ Ao comando ☐ A dor ☐ Sem resposta

RESPOSTA VERBAL

☒ Orientado ☐ Confuso ☐ Palavras inapropriadas ☐ Palavras incompreensíveis ☐ Sem resposta

RESPOSTA MOTORA

☒ Obedece a comandos ☐ Localiza a dor ☐ Movimento de retirada ☐ Flexão anormal ☐ Extensão anormal ☐ Sem resposta

AValiação CARDÍACA

☐ Ritmo Sinusal ☐ FV ☐ Taquicardia Sinusal ☐ TV ☐ Flutter Atrial ☐ AESP ☐ Fibrilação atrial ☐ Assistolia

AFEÇÃO CLÍNICA

☐ Neurológica ☐ Metabólica ☐ Respiratória ☐ Infecçiosa ☐ Cardiovascular ☒ Digestiva

HISTÓRIA REGRESSA

☐ Diabetes ☐ Alergias ☐ Cardiopatia ☐ Outros ☐ HAS ☐ Medicação de uso

GRAVIDADE COMPROVADA

☐ Ileso ☒ Pequena ☐ Média ☐ Severa

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Dr. Odair M. Vaz
Carimbo: *Carimbo 1644*

SAMU 192 CONFERE

Em *26/07/19* Original
Ana Reis
Ru: *15*

NTES

☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Hospitalização

ELIOS NADOS

☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☒ Bombeiro ☐ Outros

TERMO DE RECUSA	Assinatura do Receptor:	
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	
	TESTEMUNHA 01:	RG:
	TESTEMUNHA 02:	RG:
		RG:

GESTANTE			
Idade Gestacional:	☐ Movimentos fetais presentes	☐ Partes fetais na vulva	
Perda de líquido:	☐ Contrações entre 3-5 min.	☐ Com cartão da gestante	
BCF:	☐ Contrações com duração > 30s	☐ Sem cartão da gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☐ Monitorização cardíaca	☒ Imobilização de fraturas
☐ Cânula de Guegel	☐ Guia de introdução Bougie	☒ Colar cervical	☐ Curativos
☐ Cateter nasal: ___ L/min	☐ Cricotireostomia cirúrgica	☒ Headblock	☐ Parto vaginal
☐ Máscara facial: ___ L/min	☒ Oximetria	☒ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência
☐ Bolsa-valva-máscara: ___ L/min	☐ Dreno de tórax	☒ Tirantes	☐ Imobilização de luxação
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☐ Outros:
☐ Acesso venoso Gelco n°	☐ Acesso venoso Scalp n°	☐ Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FARMACO	DOSE	VIA	HORA
2. Atorvastatina 20mg			
6. Paracetamol 1000mg			

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

masculino 73 anos, cabelos muito a loiro. Plantado em 20/04/2018, ao solo, em parcel 'da quarda'. Crescimento em massa, pouco em formato E e folhas E. No local, EC 15'55v predominante, Refúgio Dita/ L 2mg. e superativo. Após 1/04/2018, encaminhado ao CV, sem intervenção.

SAHU 442-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 28/07/19
Andreia A.
Rubrica

William R. Silva
Yca, Entermagem-APH
66110-0001-240-240

Assinatura e carimbo do profissional: _____



19/11/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Prontuario

17/06/2019

GUIA DE ATENDIMENTO

MAYCON OLIVEIRA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - HVAR / HSEF
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação
Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		24	
Paciente	17/06/2019 15:17:43	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA		27/12/1996	22 A 5 M 21 D	164022207880004	02127383214		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE 123	SSP	06/04/2008	M		SOLTEIRO/APARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
Mãe						Contato	Ocupação
REJANE DE JESUS						(95) 99116-5634	ENTREGADOR
Endereço							
RUA - MONTEIRO LOBATO - 44 - CENTRO - SAO JOAO DA BALIZA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validado	Autorização	Sis Prenatal		
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGENCIA						
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:				
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		ANTONIA.SOARES				
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue						

DOR EM PERNAS E TORNADOZEL

Anamnese de Enfermagem

GSC
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA -) h)

PALENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOX CARRO. TENTADO PULO SAMU EM PRANCHAS LONGAS
COM COLAR CERVICAL.

Exame Físico

A: VIAS AERIAS PERNAS B: HVE PESTEVARO C: ABDOMEN PLACIDO. D GCS XV E: COXA E TORNADOZEL INCHADO E COM ESCURAGUAS

Hipótese Diagnóstica

TRAUMA CONTUSO DE TORNADOZEL

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

TILATIL 40mg EV

DIPIRONA 5g EV

Geonilson A. Cruz
COREN-RR 201.880 TE

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Patrick Rabelo José
Ortopedista - Traumatologista
CRM-RR 13633 DE 1984

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revolu☒ Transferência para ORTOPEDIA☐ Ambulatório☐ Observação (Alé 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico



1901124155

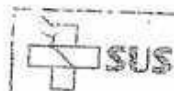
Impressão por: antonia.soares
Data Hora: 17/06/2019 15:18:33

1901124155
17/06/2019 15:18:33

19/11/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Prontuario

BLOCO B

ALTA: 04/07/2019

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALARSistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (CASO EXISTIR)

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (CASO EXISTIR)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

MAYCON DEYVIDE JAVS OLIVEIRA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

16/10/2012/12/19/10/10/14

6 - DATA DE NASCIMENTO

27/12/96

6 - N° DO PRONTUÁRIO

173178

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Roberto de Almeida

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

Rua Monteiro Lobato - 94 Centro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

São João das Palmeiras

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Portador de lesão medular na coluna com moto ciclista x carro (846) com consequente trauma costal no 5º2 @.

HOSPITAL GERAL DE SÃO PAULO
Av. Brígida Eduarda, 100
Novo Planalto Tel (93) 2192-0621
AUTENTICAÇÃO

1 - ADO. 2019

Verifique e Des. Fe. que a presente
cópia é fiel reprodução Original
da fe. apresentada neste Hor.

Procedimento Cirúrgico

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

História clínica exame físico e RX.

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura de fêmur (2).

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

17/06/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

37 - N° DO EXAME

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COM ORGÃO EMISSOR

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

17/06/19

46 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

17/06/19

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

17/06/19

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0308010019

5828 T068

V799

até 3.7

19/11/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Prontuario

 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				2 - CNEES			
H.G.R.							
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EMPREENDEDOR				4 - CNEES			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
5 - NOME DO PACIENTE				6 - DATA DE NASCIMENTO		7 - SEXO	
Marcelo Davi de Jesus Oliveira				27/12/96			
8 - NOME DA Mãe DO PACIENTE				9 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)		10 - CID-10 PRINCIPAL	
11 - CID-10 SECUNDÁRIO				12 - CID-10 TERCIÁRIO		13 - CID-10 QUATRO	
14 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS							
Fratura da fíbula de Canjele							
15 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
Tratamento cirúrgico							
16 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
Histórico + Exame físico + Radiografia							
17 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO							
Fratura de Canjele							
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
Osteossíntese de fratura de Canjele							
25 - CLÍNICA		26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		27 - DOCUMENTO		28 - Nº DO DOCUMENTO (ENS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
Dr. Rogério				10/01/19			
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
34 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
35 - ACIDENTE DE TRABALHO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO VILHETE		38 - SÉRIE	
39 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		40 - CNPJ DA EMPRESA		41 - CNAE DA EMPRESA		42 - CBOR	
43 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
47 - EMPREGADO		48 - EMPREGADOR		49 - AUTÔNOMO		50 - DESEMPREGADO	
51 - APOSENTADO		52 - NÃO SEGURO		53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
55 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		56 - Nº DO DOCUMENTO		57 - Nº DO DOCUMENTO (ENS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		58 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	



BOLETIM OPERATÓRIO

Marlon Tavares De
Jesus Oliveira

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 03.07.19

G.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

QUIRURGIÃO:

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

CIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em D.P.4. Sob anestesia.
- 2) Ressecção e interrupção
- 3) colocação de lâmpas escleróticas
- 4) menisco intersticial + clivagem por fibras
- 5) de inserção de fós de fratura
- 6) Redução humeral + fixação em placa de
- 7) terço de largo, 07 furos, com parafusos
- 8) + parafusos longitudinal com avarias
- 9) de bloqueio de fraturas
- 10) Sutura por planos após L.D.C.
- 11) Lavagem
- 12) RPA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

FICHA DE ANESTESIA

Rayon Orignal de Jesh Oliveira, 22 a

Boa Vista, RR

03.07.2019

Maycon Deyvid de Jesus Oliveira, 22a

Boa Vista, RR

03.07.2019

PRE-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - HORA

15:40 16:40 18:40

ACIDENTES

QUÍMICO

VELOCIDADE

DA

TEMP

ASPIR

RESPI

SÍMBOLOS

2 3 4 5 6

PACIENTES	TÉCNICA	PROTÓTIPO
Centauri Midazolam Eupivacaina ⊕	Raquestesia lateral Injeção de samples na medula com ventilação apneica	check list + monitorização (PM+FC) GCG + SPO₂)
NOTAS DD MGUE Progr. 1000 m	Joga Negativo Nega	1. Apnéia da região lumbal com alcool à 30% + colocação de campos estéril febricitantes. 2. Puncão lumbal L1/L2 com agulha 26 G (Quinck) com saída de líquido claro, ramolado + infecção de eupivacaina ⊕ 15 mg SA. bloqueio satisfatório.
AL Faixa Diclorometil de Frutosa di benzeto expando.	L. Horan	Limagem - Espuma - Colarinho Deposito Pequeno - Agulha Burletes - Limagem Cin. Antepelo - Algodão Braço Temperada - Choque
PRESTA Evetyne 1 Az fosc Az Aneluxa	COORDENADOR Dr. Marcelo Andrade Dr. Sergio Az Marcos Brumer Az Oliveira.	HISTÓRIA Clínica e Labor
Dra. Evetyne Fernandes Médica CRM/RJ 1424 Anestesiologista RQE 161		3. cefazolin 4 g IV 4. Diclofenaco 10 mg IV 5. Tenoxicam 40 mg IV 6. Dipirona 2g IV & Encaminho paciente para SRPP



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT DO LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Maycon Vayard de Jesus		12-3		03/02/11
TIPO		CIRURGIA		
Osteotomia Fratura + NZ				
Esquerda				
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA		
1º AUXILIAR		ANESTESISTA:		
2º AUXILIAR		RFS. ANESTESIA:		
		INSTRUMENTADOR		
		CIRCULANTE		
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:		
Recue		16:26 17:10		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS
20	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		20	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO
20	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
20	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
20	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 2-0
20	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 3-0
20	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
20	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
20	LAMINA BISTURI, Nº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº
20	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
20	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº
20	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº 4/0
20	SERINGA 01ML			SURGICEL 021
20	SERINGA 03ML			CERA PROSSO gelco 16.6
20	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº 1
20	SERINGA 10ML			GEOFOAM 30cm
20	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA
20	Alcool 300L			OUTROS: A

MATERIALS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
INSTRUMENTADOR (A)			SUB- TOTAL	
		TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA	
ENCARREGADO/CAULOS		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		





ESTADO DE RORAIMA
AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS
CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia	Procedimento Realizado: Osteomintese Fratura Traz	
Nome do Paciente: Maycon Deyvid de Jesus Oliveira		Nº do Prontuário S/Nº		Data 08/07/19
Bloco: B	Enfermaria: 213	Leito: 3	Nº da Sala 05	Circulante de Sala: Joice Robson

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

Pequenos Fragmentos 3,5

Dados dos materiais/Serviço				
Hospital Geral de Roraima ()		Empresa (X)	Dados Adicionais: Pro-Saude	
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID.	QUANT.	MARCA
	Placa Tere / 3 7 Euros	OL		
	Parafuso Antica R. N: 34	OL		
	" " N: 16	OL		
	" " N: 45	OL		
	Parafuso Espiral Tere R/ R N: 22	OL		
	Parafuso Espiral R/ R N: 24	OL		

DICO CIRURGIÃO: Dr. Rogério / Dr. Marcos B. 1º AUXILIAR: Dr. Marcelo A.

TRUMENTADOR: YANK

4- PRONTUARIO DO PACIENTE
ME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0537
E-mail: sop.me.hgr@gmail.com

SINISTRO 3200038967 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS EIRELI - Matriz
BENEFICIÁRIO MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 02127383214
Posição em 19-11-2020 16:12:53
O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R\$00.000,00
Juros e Correção: R\$00.000,00
Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
31/01/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50