

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sr. **DIOGO LIMA MINIZ**, Brasileiro, Solteiro, Autonomo, portador da cédula de identidade nº 272405 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 971.110.662-00, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Ouro Verde, nº 530, Bairro: Jardim Primavera, CEP: 69.314-246. Tel: (95) 99129-3228 / 99127-4696 E-mail: zuludiogo123@gmail.com.

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

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula "ad judicium", bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até o final da liquidação de sentença, sendo que a título de honorários advocatícios pagarei ao advogado a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor bruto do resultado da demanda, exclusivamente em caso de êxito da ação, dando à presente o carácter de contrato de honorários.

Boa Vista/RR, 31 / 01 / 2019.


DIOGO LIMA MUNIZ



POLEGAR DIREITO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão Xico Buzina 444 - Boa Vista - RR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		ESTADO DE RORAIMA	
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANCA PUBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICACAO ODILIO CRUZ		Polícia Militar	
			
ASSINATURA DO TITULAR <i>D. O. Lima Muniz</i>		CARTeira DE IDENTIDADE	
FILIAÇÃO RAYMUNDO MUNIZ DE SOUZA MARIA JOSÉ DE JESUS LIMA		REGISTRO GERAL 272405	
NATURALIDADE BOA VISTA - RR		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
CERTE NAsc 47659 FLS 99 LIV A-63 1 OF BOA VISTA-RR		DATA DE EXPIRACAO 19/07/2016	
CPF 971.110.662-00		AMADEU ROCHA TRIANI Pessoa Física - Diretor de Identificação Civil	
2 VIA		DATA DE NASCIMENTO 26/11/1987	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83		P 1	



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

DIOGO LIMA MINIZ, Brasileiro, Solteiro, Autônomo, portador da cédula de identidade nº 272405 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 971.110.662-00, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Ouro Verde, nº 530, Bairro: Jardim Primavera, CEP: 69.314-246.

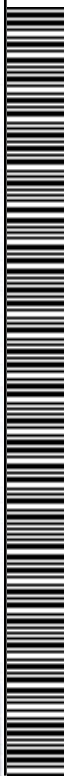
Por ser expressão da verdade, firmo o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 31 / 01 / 2019


DIOGO LIMA MUNIZ



POLEGAR DIREITO



02/01/2019

Via de Pagamento para o mes/ano: 12/2018 referente a UC: 392251



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 2004196

DILCE DOS SANTOS GADELHA

R. OURO VERDE, 530 ,

JARDIM PRIMAVERA

69314246 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 392251	MÊS 12/2018	PERÍODO DE CONSUMO 19-NOV-18 a 18-DEC-18
CONSUMO (kWh) 210	VENCIMENTO 21-JAN-19	TOTAL A PAGAR R\$ 194,55

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 392251	MÊS 12/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 194,55
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836900000016.945500750001.000000000398.225112180057



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

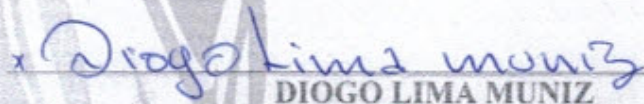
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DIOGO LIMA MINIZ, Brasileiro, Solteiro, Autônomo, portador da cédula de identidade nº 272405 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 971.110.662-00, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Ouro Verde, nº 530, Bairro: Jardim Primavera, CEP: 69.314-246.

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, 31 / 01 / 2019.


DIOGO LIMA MUNIZ



POLEGAR DIREITO

ADVOCACIA

CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

EU, Diogo Lima Muniz, CPF nº 971.110.662-00
Residente e domiciliado à rua Quero Verde, nº 530, bairro
Jardim Primavera, 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\$ 954,00, 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.

Boa Vista-RR, 31 de Jan de 2019

Diogo Lima Muniz
DIOGO LIMA MUNIZ

TRABALHADOR		MINISTÉRIO DO TRABALHO SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO	
Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para a obtenção de qualquer emprego ou atividade profissional.		CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL	
Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro-desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.		PIS/PASEP 161.43561.90-8	
O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham e constata a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.		NÚMERO 9199823	SÉRIE 001-0
Dez a sua importância, é seu dever protegê-la e guardá-la cuidadosamente de acordo com o regime de sua vida profissional, e a garantia de preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, obrigou para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade também, como documento de identificação.		UF RR	
CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.		Assinatura do titular Diogo Lima Muniz	
ESTA CARTEIRA CONTEM 30 PÁGINAS NUMERADAS		POLEGAR DIREITO	

02		BRASILEIRO		QUALIFICAÇÃO CIVIL	
NOME: DIOGO LIMA MUNIZ					
LOC. DE NASC.: BOA VISTA - RR					
FILIAÇÃO: RAIMUNDO MUNIZ DE SOUZA MARIA JOSÉ DE JESUS LIMA					
DOC. APRESENTADO: R.G. 272405 SESP RR					
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO					
LEI Nº 048, DE 18 DE MAIO DE 1994					
RG: 272405					
CPF: 971.110.802-00					
LOCAL DA EMISSÃO: DRT/RR					
EMISSÃO: 02/02/2008					
Assinatura do Emissor Roberto					

02		BRASILEIRO		QUALIFICAÇÃO CIVIL	
NOME: DIOGO LIMA MUNIZ					
LOC. DE NASC.: BOA VISTA - RR					
FILIAÇÃO: RAIMUNDO MUNIZ DE SOUZA MARIA JOSÉ DE JESUS LIMA					
DOC. APRESENTADO: R.G. 272405 SESP RR					
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO					
LEI Nº 048, DE 18 DE MAIO DE 1994					
RG: 272405					
CPF: 971.110.802-00					
LOCAL DA EMISSÃO: DRT/RR					
EMISSÃO: 02/02/2008					
Assinatura do Emissor Roberto					

06		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	Walquimar de Sena Rabelo		
COCORFECI	Nº 50.021.94399-02		
ENDEREÇO	R. José Ouediz, 1273 - Buritis		
MUNICÍPIO	Boa Vista - RR		
ESP. DO ESTABELECIMENTO	Boa Vista / Roraima		
CARGO	Bolsista		
DATA DE ADMISSÃO	23 de Janeiro de 2006		
REGISTRO Nº	25.811.24 (Crescentina)		
REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA	R\$ 259,60 (Trêscentos e cinquenta e nove reais e sessenta centavos)		
DATA DE SAÍDA	25 de Setembro de 2006		
COM. DISPENSA CD Nº	CPF: 571.269.502-25		
FOLTA Nº DA CONTRA	Walquimar de Sena Rabelo		

07		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	03.047.054/0001-09		
COCORFECI	DISTRIBUIDORA E TRANSPORTE VENCEMOS LTDA		
ENDEREÇO	Rua José Ouediz, 1273 - Buritis		
MUNICÍPIO	CEP: 69.309-207		
ESP. DO ESTABELECIMENTO	Boa Vista / Roraima		
CARGO	Bolsista		
DATA DE ADMISSÃO	21 de Setembro de 2006		
REGISTRO Nº	04		
REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA	R\$ 259,60 (Trêscentos e cinquenta e nove reais e sessenta centavos)		
DATA DE SAÍDA	21 de Setembro de 2006		
COM. DISPENSA CD Nº	CPF: 571.269.502-25		
FOLTA Nº DA CONTRA	Walquimar de Sena Rabelo		

08		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	Supermercado Lidex LTDA		
COCORFECI	84.048.933/0001-49		
ENDEREÇO	Av. Gal. Otáide, 7106-9989		
MUNICÍPIO	Boa Vista - RR		
ESP. DO ESTABELECIMENTO	Boa Vista / Roraima		
CARGO	Repositor		
DATA DE ADMISSÃO	01 de Agosto de 2009		
REGISTRO Nº	R\$ 431,38 (Quatrocentos e trinta e um reais e trinta e oito centavos)		
REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA	R\$ 431,38 (Quatrocentos e trinta e um reais e trinta e oito centavos)		
DATA DE SAÍDA	02 de Setembro de 2009		
COM. DISPENSA CD Nº	CPF: 571.269.502-25		
FOLTA Nº DA CONTRA	Walquimar de Sena Rabelo		

09		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	Supermercado Lidex LTDA		
COCORFECI	84.048.933/0001-49		
ENDEREÇO	Av. Gal. Otáide, 7106-9989		
MUNICÍPIO	Boa Vista - RR		
ESP. DO ESTABELECIMENTO	Boa Vista / Roraima		
CARGO	Repositor		
DATA DE ADMISSÃO	16 de Maio de 2009		
REGISTRO Nº	R\$ 431,38 (Quatrocentos e trinta e um reais e trinta e oito centavos)		
REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA	R\$ 431,38 (Quatrocentos e trinta e um reais e trinta e oito centavos)		
DATA DE SAÍDA	06 de Setembro de 2009		
COM. DISPENSA CD Nº	CPF: 571.269.502-25		
FOLTA Nº DA CONTRA	Walquimar de Sena Rabelo		

10 CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	03.846.263/0001-0-1
EMPREGADO	Wildo Soares Monteiro EPP
ENDEREÇO	Rua: José Aleixo, n. 2671 - Asa Branca
CIDADE	CEP: 09.042-272
MUNICÍPIO	BOA VISTA
EST. DO EST. DE REGISTRO	BOA VISTA
CARGO	Administrador
DATA DE ADMISSÃO	01/05/2010
REGISTRO Nº	25.530.21
RETRIBUTIVO	Sim
DATA DE SAÍDA	17/05/2010
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTRA	

11 CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	03.846.263/0001-0-1
EMPREGADO	Wildo Soares Monteiro EPP
ENDEREÇO	Rua: José Aleixo, n. 2671 - Asa Branca
CIDADE	CEP: 09.042-272
MUNICÍPIO	BOA VISTA
EST. DO EST. DE REGISTRO	BOA VISTA
CARGO	Administrador
DATA DE ADMISSÃO	01/05/2010
REGISTRO Nº	25.530.21
RETRIBUTIVO	Sim
DATA DE SAÍDA	17/05/2010
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTRA	

12 CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	00.694.247/0001-17
EMPREGADO	PROPEC - Produtos de Agropecuária Ltda
ENDEREÇO	Av. Carlos Gomes, 1565 - São Francisco
CIDADE	CEP: 69306-040
MUNICÍPIO	Boa Vista
EST. DO EST. DE REGISTRO	RR
CARGO	Administrador
DATA DE ADMISSÃO	02/11/2009
REGISTRO Nº	RS/FGTS
RETRIBUTIVO	Sim
DATA DE SAÍDA	01/11/2009
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTRA	

13 CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	07.552.901/0009-92
EMPREGADO	FRUITTRANS COM. E TRANSP. DE CARGAS LTDA
ENDEREÇO	Rua José Aleixo, 3028 - Asa Branca
CIDADE	CEP: 69312-246
MUNICÍPIO	BOA VISTA
EST. DO EST. DE REGISTRO	RR
CARGO	Administrador
DATA DE ADMISSÃO	01/11/2009
REGISTRO Nº	RS/FGTS
RETRIBUTIVO	Sim
DATA DE SAÍDA	13/11/2009
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTRA	

CONTRATO DE TRABALHO	
MERCANTIL NOVA ERA LTDA	
CNPJ: 04.240.970/0009-04	CEP: 69.303-130
AV. DEPUTADO BRASL 2307	UF: RR
MUNICÍPIO: Boa Vista	
OBJETO DO ESTABELECIMENTO:	
Contrato atacadista de mercad. em geral, sem prod. de alim.	
CARGO: AUXILIAR DE LOGÍSTICA I	
CBO: 783210	
DATA DE ADMISSÃO: 01/11/2013	
REGISTRO Nº: 4039	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: Salário R\$ 770,00	
e setecentos e setenta reais	
MERCANTIL NOVA ERA LTDA	
Viviane Oliveira de Oliveira	
Gerente de RH Fim	
DATA DE SAÍDA: 30 de Abril de 2014.	
Danubia Souza Machado	
Assist. Adm. de RH	
CPF: 009.581.482-52	
MERCANTIL NOVA ERA	
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTRA	

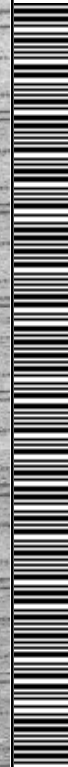
CONTRATO DE TRABALHO	
Insc. Est. 24.025500-4	
EMPREGADOR	Francisco Monteiro Barbosa - EPP
CCO/CPFE	Rua: José Aleixo, 2657 - Ass. Branca
ENDEREÇO	CEP: 69.312-272 BOA VISTARR
MUNICÍPIO	CNPJ: 84.025.279/0002-39
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	Gerente de Exp. It
DATA DE ADMISSÃO	29 de Junho de 2014
REGISTRO Nº	634
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	R\$ 684,00
Quinhentos e Noventa e Sete	
Reais	
Francisco Monteiro Barbosa	
Permissão	
DATA DE SAÍDA	12 de Julho de 2014
Francisco Monteiro Barbosa	
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTRA	

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR: Almeida e Rodrigues	
LTD - ME	
CNPJ: 09.139.483/0001-09	
ENDEREÇO: Rua Guimarães, 414	
MUNICÍPIO: Boa Vista	
UF: RR	
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO: Gerente	
CBO Nº: 1421105	
DATA DE ADMISSÃO: 10 de Junho de 2018	
REGISTRO Nº: 986	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 986,00 (novecentos e oitenta e seis reais por mês)	
Rosa e Rodrigues	
Sócio Proprietário	
DATA DE SAÍDA: 10 de Junho de 2018	
Rosa e Rodrigues	
Sócio Proprietário	
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTRA	

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
CCO/CPFE	
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO	
UF	
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	
CBO Nº	
DATA DE ADMISSÃO	
REGISTRO Nº	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
DATA DE SAÍDA	
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTRA	

[illegible]

24		ANOTAÇÕES DE FÉRIAS	
DE	4/10/2011	EM	20/05/2012
PERÍODO	30/06/2011		
DE	1/1/2012	A	31/12/2012
PERÍODO	31/12/2012		
DE	1/1/2013	A	31/12/2013
PERÍODO	31/12/2013		
DE	1/1/2014	A	31/12/2014
PERÍODO	31/12/2014		
DE	1/1/2015	A	31/12/2015
PERÍODO	31/12/2015		
DE	1/1/2016	A	31/12/2016
PERÍODO	31/12/2016		
DE	1/1/2017	A	31/12/2017
PERÍODO	31/12/2017		
DE	1/1/2018	A	31/12/2018
PERÍODO	31/12/2018		
DE	1/1/2019	A	31/12/2019
PERÍODO	31/12/2019		
DE	1/1/2020	A	31/12/2020
PERÍODO	31/12/2020		
DE	1/1/2021	A	31/12/2021
PERÍODO	31/12/2021		
DE	1/1/2022	A	31/12/2022
PERÍODO	31/12/2022		
DE	1/1/2023	A	31/12/2023
PERÍODO	31/12/2023		
DE	1/1/2024	A	31/12/2024
PERÍODO	31/12/2024		
DE	1/1/2025	A	31/12/2025
PERÍODO	31/12/2025		
DE	1/1/2026	A	31/12/2026
PERÍODO	31/12/2026		
DE	1/1/2027	A	31/12/2027
PERÍODO	31/12/2027		
DE	1/1/2028	A	31/12/2028
PERÍODO	31/12/2028		
DE	1/1/2029	A	31/12/2029
PERÍODO	31/12/2029		
DE	1/1/2030	A	31/12/2030
PERÍODO	31/12/2030		



ANOTAÇÕES GERAIS	
28	29
(Anotações autorizadas por lei)	(Anotações autorizadas por lei)
Admitido por um prazo de 30 dias de experiência, podendo o dito acordo ser rescin- dido por ambas as partes antes do seu término, Independentemente de aviso prévio ou inden- izado. Boa vista 11/02/2008 DNO. E TRANSPORTES LTDA Adriana Goshio Peres Assist. Administrativo 344.745.282-04	CONTRATO DE EXPERIÊNCIA O operário admitido pela empresa foi admitido por um prazo de 30 dias de experiência, podendo o contrato de trabalho ser rescindido por qualquer das partes antes do término do prazo ora estabelecido independentemente de indenização ou aviso prévio. DUNCAITE DISTRIB. DE ALIMENTOS LTDA Boa Vista

ANOTAÇÕES GERAIS	
30	31
(Anotações autorizadas por lei)	(Anotações autorizadas por lei)
Contribuição sindical 2009 R\$ 16,56 SE DISTRIB. DE ALIMENTOS LTDA Contribuição Sindical 2011 R\$ 23,33 Nildo Soares Montenegro Sócio-Administrador	Em 09.10.09 foi feita uma visita para empresa abrir o 00200102/0001-00 SE DISTRIB. DE ALIMENTOS LTDA Rua... 2052, SLA T... 345 C... 13-488 Boa Vista AM SE DISTRIB. DE ALIMENTOS LTDA

32	ANOTAÇÕES GERAIS	33	ANOTAÇÕES GERAIS
(Anotações autorizadas por lei) Contrato de experiência 25.06.2010 Super Giro Distribuidora Ltda.		(Anotações autorizadas por lei) CONTRATO DE EXPERIÊNCIA O portador da presente CTPS foi admitido em <u>01/09/10</u> por instrumento escrito pelo prazo de <u>30</u> dias de experiência podendo este contrato ser rescindido por qualquer das partes antes do término do prazo estipulado <i>Nildo Soares Monteiro</i> CPF: 628.310.483-20	

34	ANOTAÇÕES GERAIS	35	ANOTAÇÕES GERAIS
(Anotações autorizadas por lei) Admissão (a) em experiência pelo prazo de <u>45</u> dias, conforme contrato assinado com instrumento em <u>14/09/13</u> podendo ser prorrogado por <u>45</u> dias e com prazo de rescisão <i>[Assinatura]</i>		(Anotações autorizadas por lei) O Presente assinou contrato de experiência por <u>45</u> dias, de <u>14/09/13</u> à <u>14/12/13</u> podendo ser prorrogado por mais <u>45</u> dias <i>[Assinatura]</i>	

36

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei)

O portador da presente foi admitido em 01/02/2013 por instrumento averbação pelo prazo de 45 dias de experiência podendo o dito acordo ser rescindido por qualquer das partes antes do término do prazo estabelecido independentemente de aviso prévio ou indenização.

FRIOTRANS COM. E TRANSP. DE CARGA LTDA.

Luiz Carlos de Almeida
CPF: 059.435.862-15
DIRETORA

9199823

CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

O Sr (a) DIOGO LINAMUNIZ

Foi admitido para trabalhar pelo período de experiência de 45 dias prorrogável por mais 45 (QUARENTA E CINCO) dias, podendo o dito acordo ser rescindido por qualquer das partes antes do término ora estabelecido, independente de AVISO-PRÉVIO.

MERCANTIL NOVA ERA LTDA
Viviane Oliveira de Oliveira
Gerente de RH Pleno

F.G.T.S - Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
(Lei nº 5.107/66, regulamentada pelo Dec. nº 59.820/66)

OPÇÃO RETRATAÇÃO

01/10/2013

Banco Dep.: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Agência: Boa Vista Estado: RR

Praça: Boa Vista MERCANTIL NOVA ERA LTDA

MERCANTIL NOVA ERA LTDA

38

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei)

O portador desta carteira foi promovido para a função de Componente a partir de 01 de Dezembro de 2013.

MERCANTIL NOVA ERA
Daniela S. Machado
DEPARTAMENTO PESSOAL

9199823

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei)

Contribuição Sindical

- 2013 - Sind. dos Emp. Comerciais
R\$ 25,67

- 2014 - Sind. dos Emp. Comerciais
R\$ 33,67

0199823

40

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei)

MERCANTIL NOVA ERA LTDA.

O portador foi desligado, com aviso Prévio Indenizado de 30 dias, em 01 de Abril de 2014 com projeção do aviso até 30/04/2014.

MERCANTIL NOVA ERA LTDA
Departamento Pessoal

41

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei)

CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

partedor(s) da presente foi admitido (a) em 29/06/12 por instrumento escrito pelo prazo de 30 dias de experiência, podendo este contrato ser rescindido por qualquer das partes antes do prazo, ficando obrigado a pagar 50% dos salários devidos até o final e título de indenização por quebra de contrato de trabalho de tempo restante combinado nos termos do artigo 479 da CLT. Nenhum aviso prévio é devido pela rescisão da presente Contrato

BOA VISTA RR 29/06/2017

Francisco Monteiro Barbosa
Titular

0199823

42

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei)

CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

partedor(s) da presente foi admitido (a) em 10/07/18 por instrumento escrito pelo prazo de 30 dias de experiência, podendo este contrato ser rescindido por qualquer das partes antes do prazo, ficando obrigado a pagar 50% dos salários devidos até o final e título de indenização por quebra de contrato de trabalho de tempo restante combinado nos termos do artigo 479 da CLT. Nenhum aviso prévio é devido pela rescisão da presente Contrato

10/07/18

43

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei)

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 481/2018/DAT - Boa Vista - RR, em 31/08/2018.

COMUNICANTE: GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ

RG: 181863 EXP.: SSP/RR CPF: 690216512-20

ENDEREÇO: R.: CICERO CORREIA DE MELO FILHO Nº 1344 BAIRRO: CARANA

MUNICÍPIO: BOA VISTA - RR

SEXO: MASCULINO PROFISSÃO: PROFESSOR

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 03/05/1981 IDADE: 37 ANOS

ESTADO CIVIL: CASADO TELEFONE: 991460718

NOME DO PAI: JOCENIAS ALMEIDAS SANTOS

NOME DA MÃE: MARIA NASCIMENTO SANTOS

O comunicante acima qualificado (procurador da vítima de acidente de trânsito Sr. Diego Lima Muniz, Rg: 272405 ssp/rr, CPF: 971110662-00, residente na rua ouro verde, 530, bairro jardim tropical) informa que, no dia 27/07/2018 as 08:33 hs, o Sr. Diogo descia de um taxi lotação e ao atravessar a Av. São Sebastião uma motocicleta não identificada o atropelou e fugiu do local sem prestar socorro. Após o acidente o sr. Diogo foi corrido por terceiros e encaminhado ao HGR para que fossem tomadas as providencias medicas cabíveis. Tal acidente causou algumas lesões corporais no Sr. Diogo, tendo inclusive quebrado o tornozelo esquerdo. A PM não compareceu ao local do acidente. Este B.O é para fins de recebimento de seguro DPVAT. É o registro.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO



**Gilvan Nascimento Santos Cruz
COMUNICANTE**

"O comunicante declara para os devidos fins de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas 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."

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

04 JAN 2019

**GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão João Bazarra, 444 - Boa Vista - RR**

27/07/2018

...: Guia de Atendimento 02 ...:

106-2 Voto
SitiGOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

1800987188	27/07/2018 09:37:38	FICHA DE ATENDIMENTO	TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	5
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
DIOGO LIMA MUNIZ	26/11/1987	30 A 8 M 1 D	702609750021040	97111066200	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE	272406	SSP/RR	19/07/2016	M	NAO
Mãe	RAIMUNDO MUNIZ DE SOUZA		Contato	(95) 99115-2425	
MARIA JOSE DE JESUS LIMA			Ocupação	VENDEDOR	
Endereço	RUA - OURO VERDE - 530 - JARDIM PRIMAVERA - BOA VISTA - RR				
Class. de Risco	Plano Convênio	N° 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				
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA		DANIEL VIANA		
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue				
Anamnese de Enfermagem	GSC TOTAL AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 15				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)	O acidente aconteceu no dia 27/07/2018 às 19h48, quando o paciente estava dirigindo um veículo e sofreu uma colisão com um poste de iluminação.				
Exame Físico	Paciente em bom estado geral, sem alterações significativas.				
Hipótese Diagnóstica	Lesão por trauma.				
SADT - Exames Complementares	☐ RAO - X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____				
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO		
Após atendimento, o paciente foi encaminhado para o Serviço de Radiologia para realização de exames complementares.					
Condução	☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☒ Transferência para: Cateterização				
óbito	Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica ☐				
Assinatura do Paciente ou Responsável	Assinatura do Médico				
Impresso por: daniel.viana Data Hora: 27/07/2018 09:38:29	Dr. Wilber Polho R. Nogueira CRM-RR 1830				
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	GENTE SEGURADORA S/A				

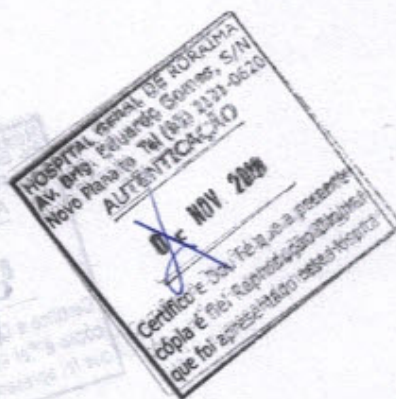
Ortopedista Dr. Vitor M.

Tratado em pé a TIVZ (E). evolui c/ dor,

edema e TIVZ (E).

As Rx. f. TIVZ + f. hox 2- e 3- MTT. sem dor
em todo corpo. Internados.

Dr. Leonardo Rabelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RE 1715





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									
Dulce Maria Muniz									
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)									
710260975001211040									
8 - DATA DE NASCIMENTO									
26/11/87									
6 - N° DO PRONTUÁRIO									
167038									
9 - SEXO									
M									
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL									
Maria Goretti de Jesus Lima									
11 - TELEFONE DE CONTATO									
000									
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)									
Rua Duque Verde - 530 - Jardim Primavera									
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA									
Bocaina									
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO									
15 - UF									
16 - CEP									

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
F. TNZ E - f. bu 2+ e 3- MIT.			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Ho. ar.			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Rx + anamnese - ex. físico			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		21 - CID 10 PRINCIPAL	
F. TNZ E		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Interw 15</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO () CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF): DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Vitor M. / Dr. Leonardo</i>		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>27/10/18</i>	32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO <i>Dr. Leonardo</i> CRM e TRM

33 - ACIDENTE DE TRABALHO										36 - CNPJ DA SEGURADORA										37 - N° DO BILHETE										38 - SÉRIE																													
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO																																																											
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO										39 - CNPJ EMPRESA										40 - CNAE DA EMPRESA										41 - CBOR																													
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA																																																											
☐ EMPREGADO										☐ EMPREGADOR										☐ AUTÔNOMO										☐ DESEMPREGADO										☐ APOSENTADO										☐ NÃO SEGURO									

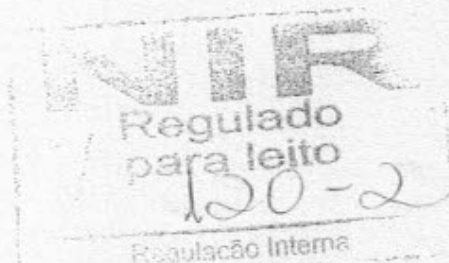
AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



106-2.

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR Hospital Geral de Roraima	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		D.ogo Lima Junior			
DIAGNÓSTICO		fr. TIVZ + 2-3 MTT			
ALERGIAS		HAS		NEGA	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			Lima	
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia			H	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			SUSP.	
4	TILATIL 20mg 12/12hs			10-12h	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6			8-12h	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			SNE	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SNE	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS			14-22h	
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			SNG	
10	SSVV + CCGG 6/6 H			Ratma	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			Atenção	
14	CURATIVO DIARIO			Ratma	
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:					

Ao bloco para programação cirúrgica



SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.13:00h
PA 126x84
FC 63Franciane Moreira da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 977.76215.42 h
PA 142 x 93
P 64
T 36.1

120-2

GOVERNO DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR		HISTÓRIA E TRAUMATOLOGIA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA									
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN					
PACIENTE DIOGO LIMA MUNIZ									
AGNÓSTICO									
ALERGIAS									
IDADE		HAS		DM2					
LEITO		106-2		DATA		28/07/2018			
ITEM		PRESCRIÇÃO						HORÁRIO	
1		DIETA ORAL LIVRE						SND	
2		SF0,9% 500ML EV 1x/dia						(14) Recusou	
4		TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA						SUSPENSO	
5		OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA						06:00	
7		METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N						SN	
8		DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H						12 (18) 200 (18) 200 (18) 200 (18)	
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						SN	
11									
12		CURATIVO DIÁRIO						Curativo	
17									
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, CONTACTUANTE									
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.									
# SOLICITADO:									
# CONDUTA: MANTIDA									
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:									
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO									
SINAIS VITAIS									
6 H	PA	FC	FR						
12 H	110x60	64		36,5°C					
18 H									
24 H	90x60	64		36,5°C					
				Dr. Fernando Rezende CRM-RR 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia					

07h55 as 19h55 o pct. no leito, sem queixas algéicas, Recusou item 2, aferido sem, após um intercorrência

Isabel
Inisete Santos da Silva
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 903885-T

Franciane Damazio de Assis
Banco de dados

106-2

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA		 HGR Hospital Geral de Roraima		 CONSELHO DE TRAJINIA DO RORAIMA CONSELHO GERAL DE RORAIMA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE DIOGO LIMA MUNIZ							
AGNÓSTICO							
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		DATA		29/07/2018	
ÍTEM		PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE					5N4
2		SF0,9% 500ML EV 1x/dia					4H
4		TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA					SUSPENSO
5		OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA					06h0
7		METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N					2H
8		DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H					2H 06h
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					5N4
11							2H 06h
12		CURATIVO DIÁRIO					M
17							
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, CONTACTUANTE							
# EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.							
# SOLICITADO :							
# CONDUTA : MANTIDA							
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :							
# PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO							
SINAIS VITAIS							
6 H	PA	FC	FR	Dr. Fernando Rezende CRM-RR 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia			
12 H							
18 H							
24 H	155/90	66	36,00				

1,40

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		01060 Lino Muniz			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			Livre	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			Mentir	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			03-09-15	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			24-12	
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			03-09-15	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			SN	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SN	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			SN	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			SN	
10	SSVV + CCGG 6/6 H			Rotina	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			SN	
14	CURATIVO DIARIO			Realizar	
15					
16					
17					
18	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				
19					
20					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

SINAIS VITAIS

6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

**MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.**

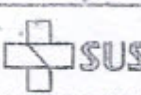
GOVERNO DE RORAIMA Secretaria de Saúde		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA		HGR Hospital Geral de Roraima		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE DIOGO LIMA MUNIZ							
AGNÓSTICO							
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		DATA		30/07/2018	
ITEM		PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE					5ND
2		SF0,9% 500ML EV 1x/dia					18:00
4		TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA					SUSPENSO
5		OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA					06
7		METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N					2N
8		DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H					2N 06
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SN
11							
12		CURATIVO DIÁRIO					curativo
17							
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, CONTACTUANTE							
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.							
# SOLICITADO:							
# CONDUTA: MANTIDA							
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:							
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO							
SINAIS VITAIS		FC		FR			
6 H		PA		FR			
12 H		140x40		73		35.4	
18 H		126x81		71		36.1	
24 H		120x70		70		36.1	
Dr. Fernando Rezende CRM-RR 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia							

12:00 22/07/2015 - reunião com SGTs Unificados SSUV, sem Duxias alguns, 500m e mais comentários sobre o trabalho de SGTs e SGTs dos cidadãos da Emprego.

18h. Paciente estável / que tem (Ad. m. c. Pm) + 8800s.
(má. br. em m.)

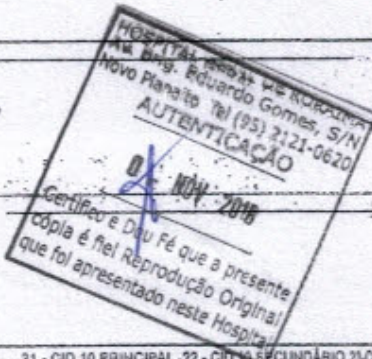
Maria de Fátima R. Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 437581 TF

MONTE MARIANO (RJ)
Associação de Enfermagem
TELEFONE 020 184 087

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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CNES	
1 - NOME 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 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
		15 - UF	
		16 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
Falta de sono de torção	
18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS DE INTERNAÇÃO	
TTO CIRCUNSCITO	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
RX	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	
Falta de sono de torção	
21 - CID 10 PRINCIPAL	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CID 10 TERCIÁRIO	



PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
osmoss de torção			
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
		() CNS () CPF	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
ALZONIA F 13/07/18		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO	35 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	SÉRIE
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAS DA EMPRESA	41 - CBOR
36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO		40 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
() CNS () CPF			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
21/07/18			
		0408050578 5826 W499	



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 31.07.18 O.S. _____

Diogo Lima
MUNIR

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fract lux de tornozelo
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: 4000 @
TIPO DE INTERVENÇÃO: _____
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
DI. NÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr ALZONRO 1º aUXILIAR: Dr JONATHAN
2º aUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º aUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

OSTEOSS. DE TORNZELO @

(1) Redução com enxerto ósseo sob
anestesia.

(2) ASSISTENTES + CAMI 5

(3) Redução manual. Redução +
fixado com placa DCP 3,5.

(4) RX controle. SUTURAS
CURATIVO

Dr. Jonathan
Ortopedista
CRM 14272



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Potência dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Diego Lima Muniz

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

MDZ 5mg
FTN 100mcg

Nº 31/07/18

20:00

21:00

Nº	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
02															

LIQUIDOS VENOSOS															
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DA	°C	240													
ULSO	38	220													
ANES	36	200													
OP	34	180													
TEMP	32	160													
ASPIR.	30	140													
RESP	120	120													
ASPIR.	100	100													
RESP	80	80													
ASPIR.	60	60													
RESP	40	40													
ASPIR.	20	20													
EXPON															
ASPIR.															
RESP															
ASPIR.															

SÍMBOLOS															
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

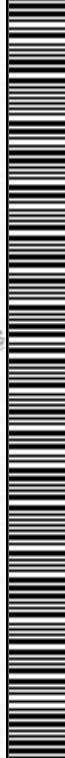
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
Bupivacaína 0.5%	15mg	Raqui-anestesia	# checagem do aparelho, equipamentos
Hyperbarica 15mg		mediana simples	
Cephalotina 2g		13214, punção	# Monitorização
Bupivacaína 0.5%		única, ventilação espontânea	FC; PANI; ECG; SpO2
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	# Revisão de venoclise
NDCO		Naso / Orotraqueal - Cega	A GRPA
SANGUE		Sol - Tamp - Cateter do Tubo	
		Sol Múltiplo	
		Dificuldade Técnica	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL			

OPERAÇÃO	Tratamento Cirúrgico Tornozelo Esquerdo	Largado - Espasmo - Excesso Seco	Hemorragia - Arritmia
		Depressão Respiratória - Hipoxia	Bredt Taquicardia - Choque
		"Bucking" - Vômito	

ANESTESIA	Dr. Adonias	CÓDIGO		CIRURGIÃO	Dr. Alberto	PERDA SANGÜINEA	
-----------	-------------	--------	--	-----------	-------------	-----------------	--

Dr. Adonias Recarte
Rua Amazonas, 100
Cidade de Boa Vista - RR

Dr. Thonatan





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

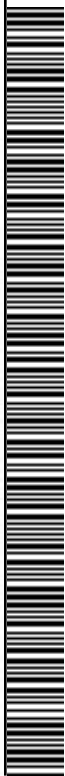
NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Vicente			31/01/2019

CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO	
TIPO	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Osteonítese de tornozelo e	21:03	21:25	

EQUIPE MÉDICA		TEMPO DE DURAÇÃO:	
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	Dr. Jhonny	
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:		
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	Onório	
	CIRCULANTE	Luana, Raimundo	

TIPO DE ANESTESIA:			TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ml	
1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURINº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº		1	FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDANº	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL	
1	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSO	
1	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATANº	
1	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM	
	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA	
				OUTROS:	

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





NOTE:

CENTRO CIR
Disse Dura repura 34.000

CENTRO CIRURGICO/SRPA

SAB - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DADOS PRE-OPERATÓRIOS				TRANSPERATÓRIOS				SRA			
Data: 31/03/2018		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
Reg. 31		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
Chegada: 20:30		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
Intervenção: 1. URT 1		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
Intervenção: 1. URT 2		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
Cirurgia Proposta: Ovariotomia		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
do tempo: 5		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
1. Informações:		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
1. Jejum: 12h		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
2. Sinais vitais: 120/80		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
3. Batimento cardíaco: 70		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
4. Pressão arterial: 120/80		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
5. Temperatura: 36,5		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
6. Saturação de O2: 98%		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
7. Glicemia: 100		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
8. Hematócrito: 35		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
9. Hemoglobina: 12		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
10. Hematócrito: 35		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
11. Hematócrito: 35		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
12. Hematócrito: 35		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
13. Hematócrito: 35		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
14. Hematócrito: 35		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
15. Hematócrito: 35		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
16. Hematócrito: 35		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
17. Hematócrito: 35		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
18. Hematócrito: 35		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
19. Hematócrito: 35		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
20. Hematócrito: 35		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
21. Hematócrito: 35		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
22. Hematócrito: 35		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
23. Hematócrito: 35		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
24. Hematócrito: 35		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
25. Hematócrito: 35		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
26. Hematócrito: 35		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
27. Hematócrito: 35		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
28. Hematócrito: 35		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
29. Hematócrito: 35		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
30. Hematócrito: 35		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
31. Hematócrito: 35		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
32. Hematócrito: 35		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
33. Hematócrito: 35		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
34. Hematócrito: 35		Início da Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Sala S.O.		Cirurgia Realizada	
35. Hematócrito: 35											

106-2

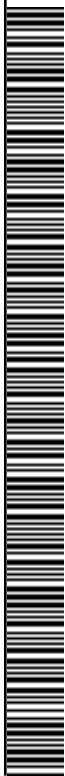
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR Hospital Geral de Roraima		ORÇAMENTO E TRIBUTAÇÃO MUNICÍPIO DE RORAIMA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE DIOGO LIMA MUNIZ							
AGNÓSTICO							
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		DATA			
		106-2		31/07/2018			
ÍTEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						
2	SF0,9% 500ML EV 1x/dia						
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA						
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA						SUSPENSO
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N						
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H						
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						
11							
12	CURATIVO DIÁRIO						
17							
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, CONTACTUANTE							
# EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.							
# SOLICITADO :							
# CONDUTA : MANTIDA							
06 hs PA: 193/85 mmHg FC: 71 bpm							
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :							
# PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO							
SINAIS VITAIS							
6 H	PA	FC	FR				
12 H	120x90	72		36,5			
18 H	134x91	99	18	36,1			
24 H	140x90	79		36,0			
				Dr. Fernando Rezende CRM-RR 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia			

NO

12.30hs - D. Diogo no leito com queixas algébricas, não adm. item 8 devido falta de seringa suficiente, às 18hs, realizado troca e AVF, T: 38 com MSE, afundado SSVV.
 Plantas noturno - não foi adm. medicações pois não tem seringa na unidade. Afri - do SSVV. segue aos cuidados da ente -

Isisete Santos
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 903085-TT

Somália Carvalho
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 903085-TT





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU – SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Domingos Luiz Araújo 30 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 27 / 01 / 18, COM
DIAGNÓSTICO DE Síndrome de Tarsal (E)

NO DIA 31 / 01 / 18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Distensão do ligamento de Tarsal (E) SENDO

OPERADO PELO DR. Antônio E DR. Carvalho

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 04 / 02 / 18, ÀS 10:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 04 / 02 / 18, ÀS 10:00, COM O
DR. Antônio

ORIENTAÇÕES GERAIS:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.



PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Antônio

BOA VISTA, 04 / 02 / 18

MÉDICO

106-2



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU – SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Diego Lima Nunes, 30 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 27 / 07 / 18, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura de Tarsometatarso (F)

NO DIA 21 / 08 / 18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Distensão do FX do Tarsometatarso (F) SENDO

OPERADO PELO DR. Albino E DR. Tomaz

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 01 / 08 / 19, ÀS 10:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 24 / 08 / 18, ÀS 14:00, COM O
DR. Albino

ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Fernando Rezende
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM 7712007

BOA VISTA, 01 / 08 / 18

MÉDICO

SINISTRO 3190012300 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DIOGO LIMA MUNIZ
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO DIOGO LIMA MUNIZ
CPF/CNPJ: 97111066200

Posição em 31-01-2019 11:06:04

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
10/01/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
05/01/2019	Aviso de Sinistro	