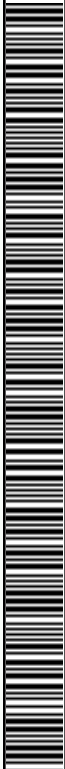




AGENTE DE POLICIA
CONFERIDOR



24/01/2019

Via de Pagamento para o mes/ano: 01/2019 referente a UC: 1333623



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: 2149821

MARCIA ALBANIRA TRINDADE DA MOTA

AV JARDIM, 138 , B12 A403-ACAI

CIDADE SATELITE

69317529 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1333623	01/2019	12-DEC-18 a 14-JAN-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
417	01-FEB-19	R\$ 341,73

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	MÊS	TOTAL A PAGAR
1333623	01/2019	R\$ 341,73

836500000036.417300750003.000000001339.362301190058



**MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO**

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PES/PA SEP
125.80470.66-4

NÚMERO **3080780** SÉRIE **003-0** LT **RR**

Adão Pereira do Nascimento
ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



ADAO PEREIRA DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO..... MARIA PEREIRA DO NASCIMENTO

NASCIMENTO....: 09/03/1975 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL....: CASADO

NATURALIDADE: VITORINO FREIRE - MA

DOCUMENTO....: R.G. 164126 SESP RR 24/08/2009

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 598.607.402-59 CNH:

TIT. ELEITOR: 2382892607 SEÇÃO: 0123 ZONA: 003

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 09/11/2009


ASSINATURA DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR		CONTRATO DE TRABALHO	
GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	EMPREGADOR 06.164.914/0001-74 CASTELO CONSTRUÇÕES LTDA Av. Sebastião Diniz, 331 - Centro # CEP: 69.301-040 # MUNICÍPIO Boa Vista UF Roraima ESP. DO ESTABELECIMENTO 7152-10 CARGO Administrador
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DATA DE ADMISSÃO 02 DE Fevereiro DE 2010 REGISTRO N° 08 FLS. FICHA REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA R\$ 1.104,02 (Hum. mil cento e quarenta e dois reais)		
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. n° 679, de 12 de julho de 1993) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	1ª CASTELO CONSTRUÇÕES LTDA Wilson Jorge Castelo Branco Administrador CRA AM/RA Nº 3-603		
CARTEIRAS ANTERIORES		DATA DE SAÍDA	
NÚMERO 263211 SÉRIE 0010 UF AR DATA DE EMISSÃO 03/12/03 DATA DA ANOTAÇÃO 09/11/09 ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR Waldeir Costa da Silva Mat. SIAPE 0250669		1ª	
NÚMERO SÉRIE UF DATA DE EMISSÃO		COM. DISPENSA CD N°	
DATA DA ANOTAÇÃO ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		FGTS N° DA CONTA	
NÚMERO SÉRIE UF DATA DE EMISSÃO		08	
DATA DA ANOTAÇÃO ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		07	

CONTRATO DE TRABALHO		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR 06.164.914/0001-74 CASTELO CONSTRUÇÕES LTDA Av. Sebastião Diniz, 331 - Centro # CEP: 69.301-040 # MUNICÍPIO Boa Vista UF Roraima ESP. DO ESTABELECIMENTO 7152-10 CARGO Administrador	EMPREGADOR 06.164.914/0001-74 CASTELO CONSTRUÇÕES LTDA Av. Sebastião Diniz, 331 - Centro # CEP: 69.301-040 # MUNICÍPIO Boa Vista UF Roraima ESP. DO ESTABELECIMENTO 7152-10 CARGO Administrador	EMPREGADOR 06.164.914/0001-74 CASTELO CONSTRUÇÕES LTDA Av. Sebastião Diniz, 331 - Centro # CEP: 69.301-040 # MUNICÍPIO Boa Vista UF Roraima ESP. DO ESTABELECIMENTO 7152-10 CARGO Administrador	EMPREGADOR 06.164.914/0001-74 CASTELO CONSTRUÇÕES LTDA Av. Sebastião Diniz, 331 - Centro # CEP: 69.301-040 # MUNICÍPIO Boa Vista UF Roraima ESP. DO ESTABELECIMENTO 7152-10 CARGO Administrador
DATA DE ADMISSÃO 02 DE Fevereiro DE 2010 REGISTRO N° 08 FLS. FICHA REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA R\$ 1.104,02 (Hum. mil cento e quarenta e dois reais)	DATA DE ADMISSÃO 02 DE Fevereiro DE 2010 REGISTRO N° 08 FLS. FICHA REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA R\$ 1.104,02 (Hum. mil cento e quarenta e dois reais)	DATA DE ADMISSÃO 02 DE Fevereiro DE 2010 REGISTRO N° 08 FLS. FICHA REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA R\$ 1.104,02 (Hum. mil cento e quarenta e dois reais)	DATA DE ADMISSÃO 02 DE Fevereiro DE 2010 REGISTRO N° 08 FLS. FICHA REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA R\$ 1.104,02 (Hum. mil cento e quarenta e dois reais)
DATA DE SAÍDA 29 DE Abril DE 2013 COM. DISPENSA CD N° PREPOSTO FGTS N° DA CONTA 187.996.153-43	DATA DE SAÍDA 29 DE Abril DE 2013 COM. DISPENSA CD N° PREPOSTO FGTS N° DA CONTA 187.996.153-43	DATA DE SAÍDA 29 DE Abril DE 2013 COM. DISPENSA CD N° PREPOSTO FGTS N° DA CONTA 187.996.153-43	DATA DE SAÍDA 29 DE Abril DE 2013 COM. DISPENSA CD N° PREPOSTO FGTS N° DA CONTA 187.996.153-43
08	09	08	09

CONTRATO DE TRABALHO	
CONTRATO DE TRABALHO	
Empregador: DR7 Serv. de Obras e Alvenaria LTDA-ME CNPJ/ME: 01.335.516/0001-50 End.: Rua Dr. Theomario P. da Costa Nº811 Sala: 1302 Bairro: Chapada Município: Manaus Esp. Do Estabelecimento: <u>Construção Civil</u> Função: PINTOR CBO 7166-10 Data de Admissão: 10/06/2015 Registro nº: 267 Remuneração específica: R\$ 1.390,62 (Um mil trezentos e noventa reais e sessenta e dois centavos)	
DATA DE ADMISSÃO	DE
REGISTRO Nº	FLS/FICHA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
1ª	
2ª	
DATA DE SAÍDA	DE
27 DE novembro DE 2015	
1ª	
2ª	
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTA	

10

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR: Castelo Construções LTDA ME C.IPJ: 06.164.914/0001-74 ENDEREÇO: Av Sebastião Diniz, 331 A BAIRRO: Centro CEP: 69.301-040 MUNICÍPIO: Boa Vista UF: RR ESP. DO ESTABELECIMENTO: Construtora CARGO: Pintor CBO: 7233-30 DATA DE ADMISSÃO: 01 de Outubro de 2016. REGISTRO: 038 FLS/FICHA: FICHA REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 1.652,05 (Mil Seiscentos e Cinquenta e Dois Reais e Cinco Centavos).	
Ass. do empregador ou a cargo c/ testemunha	
DATA DE SAÍDA	
DE	
DE	
1ª	
2ª	
COM DISPENSA CD Nº	
FGTS N DA CONTA	

11

CONTRATO DE TRABALHO	
WSK EMPREENDIMENTOS E SERVIÇOS LTDA 02.246.183/000155 RUA: TINOCO VALENTE, nº1642- MECEJANA BOA VISTA - RORAIMA	
Cargo: PINTOR CBO: 7166-10 Admissão: 24/05/2018 Salário: R\$1.701,60 (HUM MIL, SETECENTOS E UM REAIS E SESENTA CENTAVOS) POR MÊS.	
Ass. do empregador ou a cargo c/ testemunha	
DATA DE SAÍDA	
DE	
DE	
1ª	
2ª	
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTA	

12

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

UMENTADO EM 01/09/2011 PARA R\$ 1.086,00
MOTIVO Desemprego x
UMENTADO EM 01/09/2011 PARA R\$ 1.100,00
MOTIVO Desemprego x
UMENTADO EM 01/09/2012 PARA R\$ 1.100,30
MOTIVO Desemprego x
UMENTADO EM 01/08/15 PARA R\$ 1.501,87
MOTIVO C.C.T. 017 SERVIÇO DE OBRAS DE ADEQUAÇÃO LTDA - ME 01.335.516/0001-50
UMENTADO EM 01/09/17 PARA R\$ 1.616,00
MOTIVO Licença x
UMENTADO EM / / PARA R\$
MOTIVO
UMENTADO EM / / PARA R\$
MOTIVO
UMENTADO EM / / PARA R\$
MOTIVO

17

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

01/02/2010 A 31/01/2011
PERÍODO 01/03/04/2011
01/02/2011 A 31/01/2012
PERÍODO 01/03/04/2012
01/02/2012 A 31/01/2013
PERÍODO 20/02/2013/2015
Paga / na A Recusado
PERÍODO 2016/2017
Paga / na A Recusado
PERÍODO 2017/2018
/ / A / /
PERÍODO

19



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ADAO PEREIRA DO NASCIMENTO

CPF da Vítima

598.607.402-59

Data do Acidente

05.04.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Boa Vista-RR 20 de Agosto de 2018

Local e Data

A ADO PEREIRA DO NASCIMENTO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ADVOCACIA
CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

ADÃO PEREIRA DO NASCIMENTO, Brasileiro, casado, pintor, portador (a) da cédula de identidade nº 3080780 MIN. DO TRABALHO e inscrita no CPF sob o nº 598.607.402-59 , residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av: Jardim, nº 138, Bairro. Cidade Satélite, CEP: 69.31.529. Tel: (95) 99157-8998/99161-1748 .

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, 13 de novembro de 2018.

Adão Pereira do Nascimento
ADÃO PEREIRA DO NASCIMENTO



POLEGAR DIREITO

Santos:89245903249,

18/03/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: ficha de atendimento

06/04/2018

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

BLOCO A

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



Visto por:

06/04/2018

1800932018 05/04/2018 23:29:18 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 25

Paciente **ADAO PEREIRA DO NASCIMENTO** Data Nascimento **09/03/1975** Idade **43 A 0 M 28 D** CNS **59860740259** CPF **59860740259** Prontuário **59860740259**
Tipo Doc **IGNORADO** Documento **XXXXXXXXXXXX** Órgão Emissor **XXXXXX** Data Emissão **XXXXXX** Sexo **M** Estado Civil **NAO** Raça/Cor **PARDA** Nacionalidade **BRASILEIRA**
Mãe **MARIA PEREIRA NASCIMENTO** Informado **INFORMADO** Contato **(95) 99135-1998**
Endereço **AVENIDA - VILA JARDIM Q/ ACAI BL 12 - 403 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR** Ocupação **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Validade **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Autorização **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Sis Prenatal **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **URGÊNCIA** Procedência **URGÊNCIA** Temp. **URGÊNCIA** Peso **URGÊNCIA** Pressão **URGÊNCIA**
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **VIATURA** Procedimento Sol. **VIATURA** Registrado por: **SOUSA**

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

*Acidente de moto a cicleta parando
embarrascado/colisão traseira*

Exame Físico

ROS I

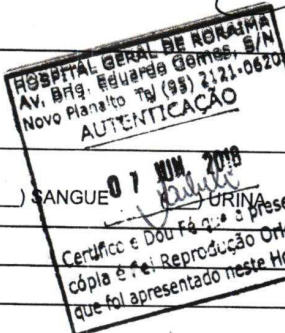
Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

Detormentado



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

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: **sousa**
Data Hora: 06/04/2018 00:12:44

© 2018
SOTEC - Soluções em Tecnologia
SA - Saúde em Saúde
VIA 4.252 - 01.07.18

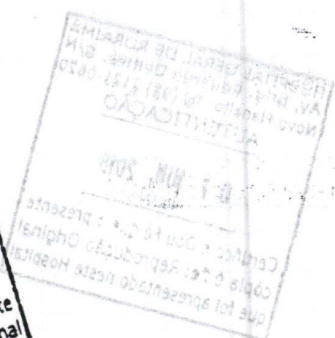
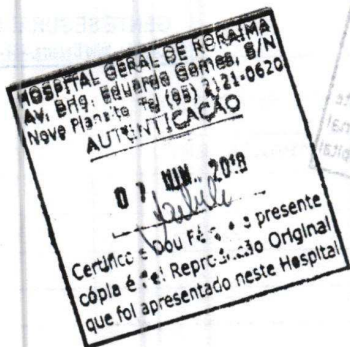



1800932018

06/03/18
00.30h

Ortopedia e Traumatologia
Paciente do sexo masculino de 43 anos de idade residente em
Lima, Brasil no Estado do Rio Grande do Sul (RS)
Apresenta história de trauma no tornozelo esquerdo (S.I.C.)
e de dor e edema durante a marcha e
At. Fratura Clavicular e H.O. Fr. clavicular (P)
P.O. Imobilização com gesso + Internação

Dr. Odinachi Okemir
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1851/RR



	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AMPLIAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N° DO PRONTUÁRIO	
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)			16 - CEP	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF			16 - CEP	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
Sintomas de insuficiência cardíaca			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> HOSPITAL GERAL DE NOROIA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto Tel (98) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO 03 MAR. 2018 Certifico e Dou Fé q. a presente cópia é fiel Reprodução Original que os resultados de exames realizados </div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 05 SET 2018 GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão Júlio Bezerra, 4842 Boa Vista - RR </div>	
18 - CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO			19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS PRESENTADAS NESTE HOSPITAL	
Hto ex: insuficiência cardíaca com			Ex de insuficiência cardíaca com	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
Ex de insuficiência cardíaca com			Ex de insuficiência cardíaca com	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Insuficiência cardíaca			Insuficiência cardíaca	
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)			33 - ACIDENTE DE TRABALHO	
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			35 - ACIDENTE DE TRABALHO TAJETO	
36 - CNPJ DA SEGURADORA			37 - N° DO BILHETE	
38 - SÉRIE			39 - CNPJ EMPRESA	
40 - CNAE DA EMPRESA			41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR			45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			47 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	

ADAO PEREIRA DO NASCIMENTO
119-3



DATA DE ADMISSÃO		DIH		06/04/18		DN		09/03/15	
PACIENTE		ADAO PEREIRA DO NASCIMENTO							
DIAGNÓSTICO		Fratura do clavícula esquerda							
ALERGIAS		HAS		NEGA		DM2		NEGA	
IDADE		43a		LEITO		DATA		06/04/18	
ITEM		PRESCRIÇÃO						HORARIO	
1		DIETA ORAL LIVRE						SND	
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO						monifurite	
3		CEFALOTINA 1G EV 6/6H						24 06/04/18	
4		TILATIL 20MG EV 12/12H						24 06/04/18	
5		DIPIRONA 2ML EV 6/6HS SN						SN	
6		TRAMAL 100MG+100mlSF 0.9% EV OU 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 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						SN	
10		SSVV + CCGG 6/6 H						Alina	
12		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E OU PAD> 110 MMMHG						SN	
14		CURATIVO DIARIO						Alina	
15									
16									
17									
18		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),							
19		CONFORME ESQUEMA: 200-250: 1UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-							
20		400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML							
		EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Coleta de Exames-HGR

DATA 06/04/18

HORA 4:20

ASS Coleta

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazeira, 484 - Boa Vista

NIR
Regulado
para leito

119-3 as 11:15h
Regulação Interna

	P	R	P.A	T
SINAIS VITAIS	75	26	116 x 73	36,2
6 H	130 x 20	70	36	
12 H	82	23	129 x 74	
18 H	130 x 76	76	36,8°C	
24 H	130 x 90	73	36°C	

Elizangela Martins Pros
Téc. de Enfermagem
OREN - RR 144.184

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Je: 50
P.A: 136 x 76
FC: 76
Tx: 36,8°C

ADVOCACIA

CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

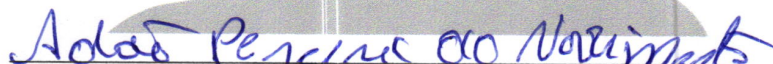
PROCURAÇÃO

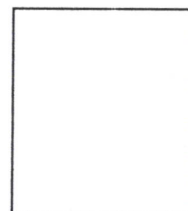
Outorgante: Sr. ADÃO PEREIRA DO NASCIMENTO , Brasileiro, casado, pintor, portador (a) da cédula de identidade nº 3080780 MIN. DO TRABALHO e inscrito no CPF sob o nº 598.607.402-59 residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av: Jardim, nº 138, Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69.317.529, Tel: (95) 99157-8998 , E-mail: adaodpvt@hotmail.com

Outorgado: Dra.MARIA JOSÉ MOTA SANTOS, Brasileira, Solteira, Advogada, OAB/RR sob o nº 2011, com endereço profissional à Avenida Centenário, nº 1074 Bairro: Cinturão Verde, CEP: 69.312-377, Boa Vista/RR, Tel. (95) 99126-5143, 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, 13 de novembro de 2018.


ADÃO PEREIRA DO NASCIMENTO



POLEGAR DIREITO



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ADAO PEREIRA DO NASCIMENTO**
Nº Sinistro: **3180410457**
Vítima: **ADAO PEREIRA DO NASCIMENTO**
Data do Acidente: **05/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180410457**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

obs: foi feito auditoria e posteriormente negado.

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

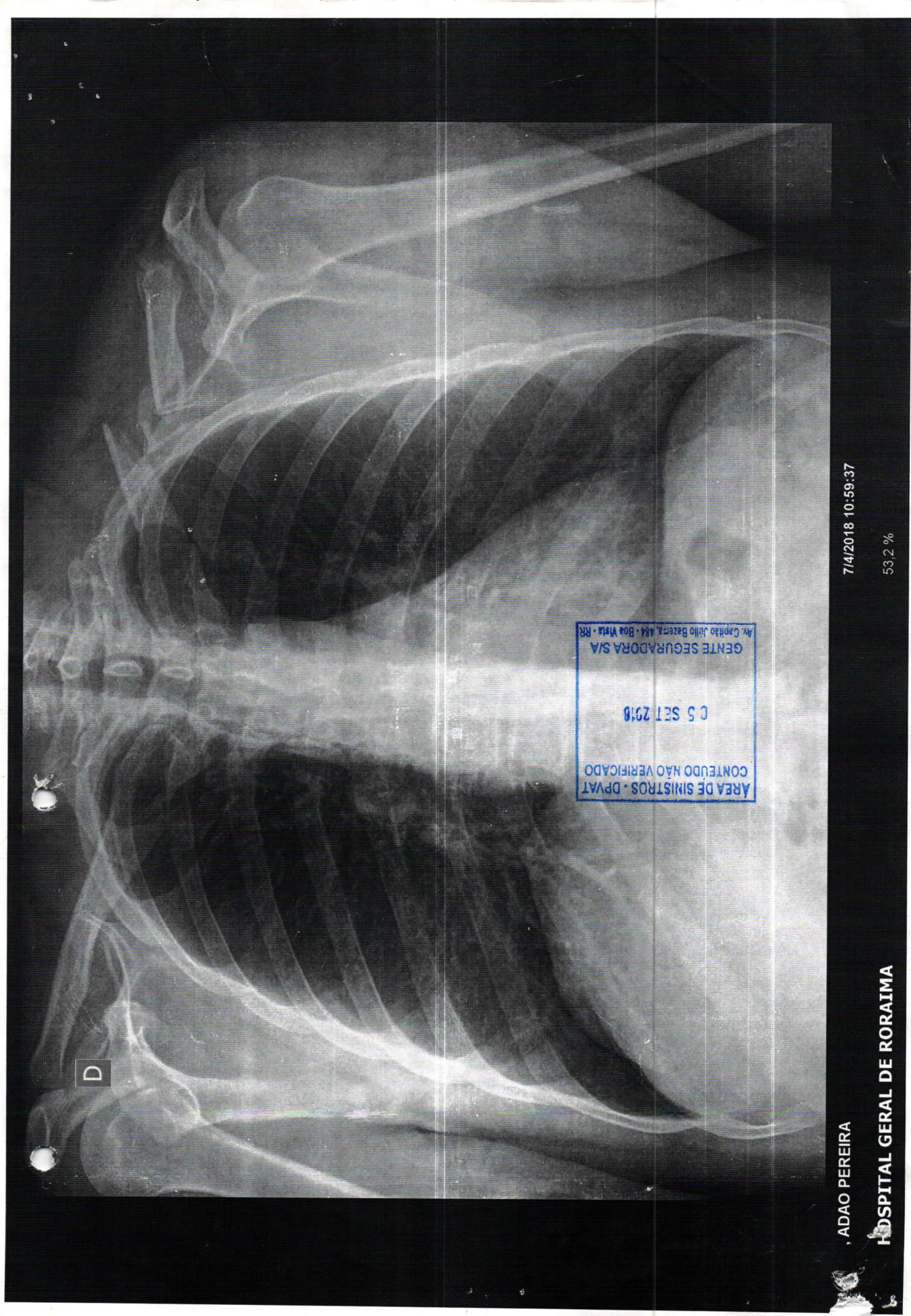
Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13532507



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
05 SET 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bazeira, 444 - Boa Vista - RR

7/4/2018 10:59:37

53.2 %

ADAO PEREIRA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

