

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: RUBELMAR CASTRO DE SOUZA Brasileiro, união estável, autônomo, portador (a) da cédula de identidade nº 128023 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 446.270.762-15 residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av. Parime Brasil nº 1749, Bairro: União, CEP: 69.313-740. Tel: (95) 99115-4239 E-mail: rubemarno@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, 14 / 08 / 2019.


RUBELMAR CASTRO DE SOUZA



POLEGAR DIREITO

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 3.452 de 01.05.1943 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

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.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIB/PAREP 126.45805.02-2

NÚMERO
5754483

SÉRIE
0030

RR



ASSINATURA DO TITULAR



COLECIONAR DIREITO





RUBELMAR CASTRO DE SOUZA

FILIAÇÃO.....: MARIO CASTRO DE SOUZA
FATIMA DO CARMO SOUZA

NASCIMENTO.....: 30/10/1976 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO.....: R.G. 126023 SESP RR 08/08/2005

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 446.270.762-15 CNH.....:

TÍT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 15/12/2010



ASSINATURA DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

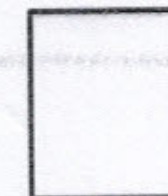
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

RUBELMAR CASTRO DE SOUZA Brasileiro, união estável, autônomo, portador (a) da cédula de identidade nº 128023 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 446.270.762-15 residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av. Parime Brasil nº 1749, Bairro: União, CEP: 69.313-740.

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, 14 / 08 / 2019


RUBELMAR CASTRO DE SOUZA



POLEGAR DIREITO

CAERR
CNPJ: 08.539.877/0001-45
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.088.426-3
RUA NELSON JONES, 519 - SÃO PEDRO - CEP: 88.208-919

Matrícula: **257990** Julho/2019

Dados do Cliente:
ADNA RMOB DOS SANTOS

Endereço para entrega:
AV PARQUE BRASIL, NUN, 81749 - UNIAO BOA
VISTA PR 69319-740

Inscrição: 001.027.428.0074.000 **Rota:** 23 **Seq.Rota:** 7180 **Quantidade de Economias:** RESIDENCIAL

Hidrometro: NÃO-MEDIDO **Data de instalação:** **Situação Água:** LIGADO **Situação Esgoto:** LIGADO

ANTERIOR: **ATUAL:** **CONSUMO (m3):** 10 **NUM DE DIAS:** 0

LEITURA FAT:
LEITURA INF:
DT. LEITURA:

ULTIMOS CONSUMOS

AMOSTRAS	CICLO	QUANTIDADE	CCR	C.TOTALIS	S.CCULI
201906	10-0				
201905	10-0				
201904	10-0				
201903	10-0				
201902	10-0				
201901	10-0				
MEDIA	10				

CONSUMO TOTAL(R\$)

DESCRICAO	UNIDADE(S)	VALOR
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	10 M3	23,83
CONSUMO DE AGUA		19,86
ESGOTO		1,70
MULTA P/IMPONTUALIDADE	05/2019 06/2019	

TOTAL A PAGAR **44,59**

VENCIMENTO: **15/08/2019**

AVISO: EM 30/06/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

CAERR

MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
257990	07/2019	15/08/2019	44,59

82630000000- 5 44590004001- 2 00025799001- 0 07201930003- 6

Via do Cliente

Via do CAERR

ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

RUBELMAR CASTRO DE SOUZA Brasileiro, união estável, autônomo, portador (a) da cédula de identidade nº 128023 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 446.270.762-15 residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av. Parime Brasil nº 1749, Bairro: União, CEP: 69.313-740.

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, 14/08/2019.



RUBELMAR CASTRO DE SOUZA



ADVOCACIA

CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

EU, Rubelmar Castro de Souza, CPF nº 446.270.762-15

Residente e domiciliado à rua Av. Parime Brasil, nº 1749, bairro

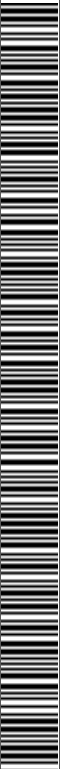
União, na cidade de Boa Vista, estado de Roraima, declaro que sou trabalhador (a) autônomo (a), desenvolvendo atividade de

Serviços Gerais recebendo uma renda mensal em média de R\$ 254,00, 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, 14 de Agosto de 2019.


RUBELMAR CASTRO DE SOUZA



REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS	
NOME DO TITULAR.....	
REGISTRADO EM.....	SOB. N°..... LIVRO N°.....
FLS..... PROC. N°.....	
PROFISSÃO.....	
FUNÇÃO.....	
LEGISLAÇÃO.....	
LOCAL..... DATA.....	ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR.....
04	

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS	
NOME DO TITULAR.....	
REGISTRADO EM.....	SOB. N°..... LIVRO N°.....
FLS..... PROC. N°.....	
PROFISSÃO.....	
FUNÇÃO.....	
LEGISLAÇÃO.....	
LOCAL..... DATA.....	ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR.....
05	

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR	
GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH.....	DIABETE ☐ SIM ☐ NÃO
HEMOFILIA ☐ SIM ☐ NÃO	
ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO	
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. n° 879, de 12 de julho de 1993) ☐ SIM ☐ NÃO	
CARTEIRAS ANTERIORES	
NÚMERO.....	SÉRIE..... DATA DE EMISSÃO.....
26448150010	PR 05/10/105
151210	Posto 4001 Inc. 80602
NÚMERO.....	SÉRIE..... DATA DE EMISSÃO.....
49006650020	PR 16/05/108
151210	Adriana Santos da Silva
NÚMERO.....	SÉRIE..... DATA DE EMISSÃO.....
.....	
NÚMERO.....	SÉRIE..... DATA DE EMISSÃO.....
.....	
06	

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR.....	
CGC/CNPJ.....	
ENDEREÇO.....	
MUNICÍPIO.....	UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	
CARGO.....	CBO N°.....
DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....	
REGISTRO N°.....	FLS. / FICHA.....
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....	
1ª..... 2ª.....	
DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....	
1ª..... 2ª.....	
CONV. DISPENSA CD N°.....	
FGTS N° DA CONTA.....	
07	

11		10	
COM. DISPENSA CD Nº		COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTA		FGTS Nº DA CONTA	
1ª DE 2ª		1ª DE 2ª	
ASS. DO EMPREGADOR OU A RUA DO ESTABELECIMENTO		ASS. DO EMPREGADOR OU A RUA DO ESTABELECIMENTO	
DATA DE SAÍDA		DATA DE SAÍDA	
1ª DE 2ª		1ª DE 2ª	
ASS. DO EMPREGADOR OU A RUA DO ESTABELECIMENTO		ASS. DO EMPREGADOR OU A RUA DO ESTABELECIMENTO	
REMU. NERGAÇÃO ESPECIFICADA		REMU. NERGAÇÃO ESPECIFICADA	
REGISTRO Nº		REGISTRO Nº	
FLS. / FICHA		FLS. / FICHA	
DE DE		DE DE	
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ADMISSÃO	
1ª DE 2ª		1ª DE 2ª	
ASS. DO EMPREGADOR OU A RUA DO ESTABELECIMENTO		ASS. DO EMPREGADOR OU A RUA DO ESTABELECIMENTO	
CBO Nº		CBO Nº	
CARCO		CARCO	
ESP. DO ESTABELECIMENTO		ESP. DO ESTABELECIMENTO	
MUNICÍPIO		MUNICÍPIO	
UF		UF	
ENDEREÇO		ENDEREÇO	
CCC/CPF/CEI		CCC/CPF/CEI	
EMPREGADOR		EMPREGADOR	
CONTRATO DE TRABALHO		CONTRATO DE TRABALHO	

08		09	
CONTRATO DE TRABALHO		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR		EMPREGADOR	
CCC/CPF/CEI		CCC/CPF/CEI	
ENDEREÇO		ENDEREÇO	
MUNICÍPIO		MUNICÍPIO	
UF		UF	
ESP. DO ESTABELECIMENTO		ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARCO		CARCO	
CBO Nº		CBO Nº	
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ADMISSÃO	
1ª DE 2ª		1ª DE 2ª	
ASS. DO EMPREGADOR OU A RUA DO ESTABELECIMENTO		ASS. DO EMPREGADOR OU A RUA DO ESTABELECIMENTO	
REGISTRO Nº		REGISTRO Nº	
FLS. / FICHA		FLS. / FICHA	
REMU. NERGAÇÃO ESPECIFICADA		REMU. NERGAÇÃO ESPECIFICADA	
1ª DE 2ª		1ª DE 2ª	
ASS. DO EMPREGADOR OU A RUA DO ESTABELECIMENTO		ASS. DO EMPREGADOR OU A RUA DO ESTABELECIMENTO	
DATA DE SAÍDA		DATA DE SAÍDA	
1ª DE 2ª		1ª DE 2ª	
ASS. DO EMPREGADOR OU A RUA DO ESTABELECIMENTO		ASS. DO EMPREGADOR OU A RUA DO ESTABELECIMENTO	
COM. DISPENSA CD Nº		COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTA		FGTS Nº DA CONTA	

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 015/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 19/01/2018

COMUNICANTE: RUBELMAR CASTRO DE SOUZA

RG: 128023

O. EXP.: SSP/RR

CPF: 44627076215

ENDEREÇO: AV – PARIMÉ BRASIL, 1749

BAIRRO: UNIÃO

CIDADE: BOA VISTA

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: AUTONOMO

NATURALIDADE: BOA VISTA

ESTADO: RR

DATA DE NASCIMENTO: 30/10/1976 IDADE: 40 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO COMPLETO

ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTÁVEL

TELEFONE: 99159-9902

Nº REG. CNH: CNH(VENCIDA)

NOME DO PAI: MÁRIO CASTRO DE SOUZA

NOME DA MÃE: FÁTIMA DO CARMO DE SOUZA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 06h40min do 28/04/2017, NO CRUZAMENTO DA RUA – RUI BARAÚNA COM A AVENIDA PARIMÉ BRASIL PRÓXIMO AO COMERCIAL MALUQUINHO.

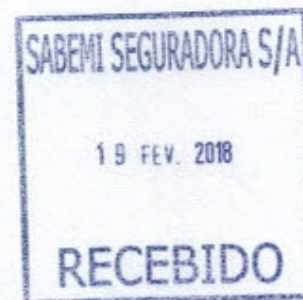
O comunicante vem informar que estava pilotando sua bicicleta sentido Avenida Parimé Brasil; Que ao chegar nas proximidades do Comercial Maluquinho e próximo ao Assadão o comunicante foi atingido por uma motocicleta da qual ele não sabe informar quem estava conduzindo a motocicleta; Que o comunicante foi pro HGR por conta própria; Que em decorrência do Acidente o comunicante FRATUROU A CABEÇA DO RADIO ESQUERDO DO BRAÇO; Que o motivo do BO é para fins de SEGURO DPVAT.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO COM DANOS E LESÃO CORPORAL
OBSERVAÇÃO:

RUBELMAR CASTRO DE SOUZA

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou 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-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."



AGENTE CARACERARIO DE POLICIA CIVIL

Givanildo da Silva Vieira
Mat. 042000855

05 FEV. 2018

AGENTE L

ntas:60895845253,

16/08/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Guia de atendimento do HGR Parte 1

2017-4-28

... Guia de Atendimento 02 ...



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

170076236	28/04/2017 16:58:19	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19	30
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
RUBELMAR CASTRO DE SOUZA	30/10/1976	40 A 5 M 29 D		44627076215	57.232		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IGNORADO	128023	SSP/RR		M		PARDA	
Mãe	Pai			Contato			
FATIMA DO CARMO SOUZA	MARIO CASTRO DE SOUZA						
Endereço	Ocupação						
AVENIDA - PARIME BRASIL - 1749 - UNIAO - BOA VISTA - RR	NÃO INFORMADA						
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	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA						
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:				
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA		ELLEN.VIVIANE				
Sinais Principais							
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue							

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

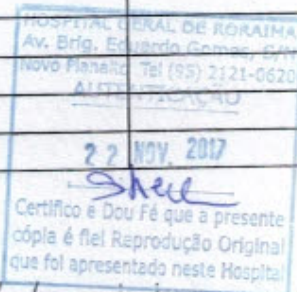
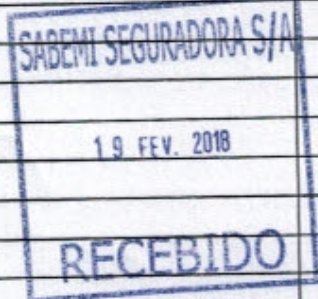
SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO



Conduta

- ☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: ambulatorio

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

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família ☐ Clínica Médica ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Dr. Patrícia Araújo
CRM/RR 2441
Assinatura do Médico

Impresso por: ellen.viviane
Data Hora: 28/04/2017 16:58:45



1700763636

Inteiro 28-09-17

Sinto muita dor no lado direito da cabeça

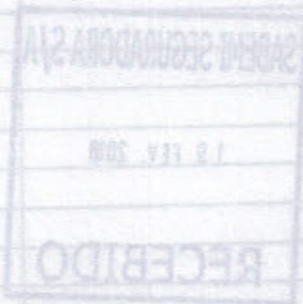
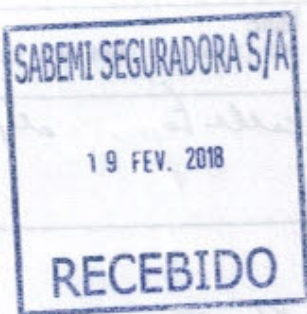
Colorela @

At Exa? da a sinist da colorela

do Rx: Fatores de cabeça do lado @

CD: Inteiro

Dr. Pedro Di Giovanni
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM/RR 1515



	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 Publiana Carlos de Souza			6 - Nº DO PRONTUÁRIO [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 71048020008506920			8 - DATA DE NASCIMENTO 30/10/76	
9 - SEXO [] [] [] [] [] [] [] [] [] []			10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL Fátima do Carmo Souza	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Av. Ruirose Bressa - 1789 - União			12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Boa Vista - RR			14 - COD. IBGE MUNICÍPIO [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
15 - UF RR			16 - CEP [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Ponto na satura da cabeça do rádio @				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TTO cirúrgico				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) EF + Rx				
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO Fratura cabeça do rádio @				
21 - CID 10 PRINCIPAL [] [] [] [] [] [] [] [] [] []				
22 - CID 10 SECUNDÁRIO [] [] [] [] [] [] [] [] [] []				
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS [] [] [] [] [] [] [] [] [] []				
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Internação				
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 Dr. Pedro / Dr. Vitor M				
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 28/04/17				
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) [] [] [] [] [] [] [] [] [] []				
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				
33 - ACIDENTE DE TRABALHO [] [] [] [] [] [] [] [] [] []				
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO [] [] [] [] [] [] [] [] [] []				
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO [] [] [] [] [] [] [] [] [] []				
36 - CNPJ DA SEGURADORA [] [] [] [] [] [] [] [] [] []				
37 - Nº DO BILHETE [] [] [] [] [] [] [] [] [] []				
38 - SÉRIE [] [] [] [] [] [] [] [] [] []				
39 - CNPJ EMPRESA [] [] [] [] [] [] [] [] [] []				
40 - CNAE DA EMPRESA [] [] [] [] [] [] [] [] [] []				
41 - CBOR [] [] [] [] [] [] [] [] [] []				
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO				
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR [] [] [] [] [] [] [] [] [] []				
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR [] [] [] [] [] [] [] [] [] []				
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF [] [] [] [] [] [] [] [] [] []				
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR [] [] [] [] [] [] [] [] [] []				
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 28/04/17				
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) [] [] [] [] [] [] [] [] [] []				
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0308010019				



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		Rubelma Lato de Souza					
DIAGNÓSTICO							
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		DATA		28-04-17	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					S/N	
2	AVP					manter	
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H					SUSP.	
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H					20 08	
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H					S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					S/N	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					S/N	
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					S/N	
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N					S/N	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					S/N	
11	CURATIVO DIARIO						
12	SSVV + CCGG 6/6 H						
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:							
		SABEMI SEGURADORA S/A 19 FEV. 2018 RECEBIDO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto - Tel (93) 2121-0621 AUTENTICAÇÃO 22 NOV. 2017 Shere Certifico e Lib. té que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentado neste Hospital					
SINAIS VITAIS		PA 97/62 P 82					
6 H							
12 H							
18 H							
24 H							

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RUBELMAR CASTRO DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	Fratura no cotovelo (L)				
ALERGIAS	NENHUMA	HAS		DM2	
IDADE	40a	LEITO		DATA	29/04/17
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	SF0,9% 500ML EV DE 8/8H 1x dia				10h
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H SUSPENSO				-
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				-
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA				20h
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H S/N				S/N 2/5
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				S/N
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H				S/N
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N
13	CURATIVO DIARIO S/N				S/N
14	SSV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
Ao longo da programação cirúrgica					
Dr. Elder Soares Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 1829/RR SABEMI SEGURADORA S/A 19 FEV. 2018 RECEBIDO					
6 H				MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.	
12 H					
18 H					
24 H					

4104-6

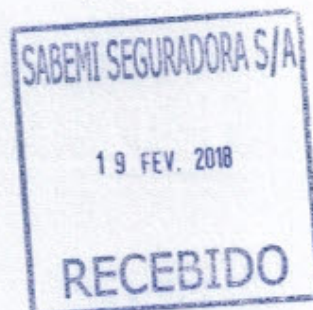
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		Rubelema Castro de Souza					
DIAGNÓSTICO		Fratura de cotovelo (EE)					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		DATA		30/04/17.	
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						SND.
2	AVP						
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H <i>Sigmo</i>						manhã per
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H						suspensão
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H						2x 1x 2x 1x
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA						SND.
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						SND.
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						SND.
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N						SND.
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						SND.
11	CURATIVO DIÁRIO S/N						SND.
12	SSVV + CCGG 6/6 H						Realizar
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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 p/ programação imagem							
Bloco D							
NIR Regulado para leito 404-6 Regulação Interna							
SABEMI SEGURADORA S/A 19 FEV. 2018 RECEBIDO							
Francisco Junior Médico Residente Em Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 1890							
SINAIS VITAIS							
6 H							
12 H		88/51 79					
18 H							
24 H							

16:00 PA 83/63 FC 90.

404.6

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
GOVERNO DE RORAIMA	DATA DE ADMISSÃO		DIH	28/04/2017	UN
PACIENTE RUBELMAR CASTRO DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO					
ALERGIAS	N	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	40 ANOS E 5 M	LEITO	404-6	DATA	01/05/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
	METRONIDAZOL 500MG EV. 8/8HORAS				SUSP
3	GENTAMICINA 240MG EV. 1X/DIA				SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H S/N				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				7/30
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SSVV
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
14					
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR				
19	(SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-				
20	350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70				
	DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

Dr. Marcelo Marques
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1978/RR



11:00 Feito novo AUP em MSD
com Jélio n°20 — Tec. Luanira

12:00 PA: 100/50
P: 70
T: 36

18:00 PA: 80/50
P: 75
T: 36

23-PA-92/47
P: 72
T: 36.6°

06-PA-103/70
P: 66
T: 36°C

2104-6

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	DATA DE ADMISSÃO	DIH	28/04/2017	UN	
PACIENTE	RUBELMAR CASTRO DE SOUZA				
AGNÓSTICO	FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO				
ALERGIAS	N	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	40 ANOS E 5 M	LEITO	404-6	DATA	02/05/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				DIET
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
	METRONIDAZOL 500MG EV. 8/8HORAS				SUSP
3	GENTAMICINA 240MG EV. 1X/DIA				SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H S/N				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N 12/6				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				SN 8/4
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				rotino
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
14					
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

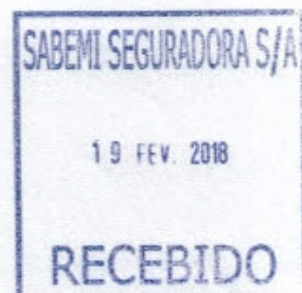
EVOLUÇÃO MÉDICA:

23:30
PA - 100x60 mmHg
PS - 75.03.8.00

Dr. Marcelo Marques
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1918/RR

24h PA: 89x58
P: 60
T: 36°C

06h PA: 119x72
P: 64
T: 36°C





PEDIDO DE PARECER

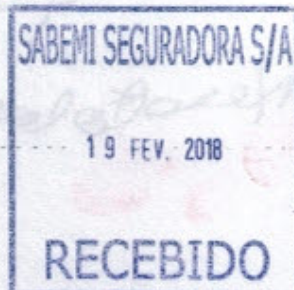
UNIDADE: HGR
NOME: RUBELMAR CASTRO DE SOUZA
IDADE: 40 ANOS REGISTRO: _____
BLOCO: D ENFERMARIA: _____ LEITO: 404-6
UTI: _____ EMERGÊNCIA: _____

DE: ORTOPEDIA

PARA: CARDIOLOGIA

Dados Clínicos:

Paciente Hígido, 40 anos com fratura de cotovelo
no escarado. O mesmo necessita tratamento
cirúrgico.
Solicito visto cirúrgico.



02, 05, 2017

Data

Dr. Marcelo Marques
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1918/RR

Médico

03/05/2017

Dr. Marcelo Marques

Paciente supracitado. Seer foi fixado fixador
de Joelho artroscópico
D.O. 10/5/2017 Hq 11? (lesão de grau 2) com
do. de 5 - 7064 (corte) Bulha, dorsofoco
Abdomen e. d. u
Educação sobre seu corpo, R. S. (resolvido)

Data

U120

Médico

Re de fusão. Normal

EEF: Dentro do âmbito de normalidade

Paciente sem história de

caesopota ao exame - observ

no exame

Neurológicos.

RECEBIDO

Dr. Marlon Tavares
Médico
CRM 132/RR

Ivan Ferreira de Sousa
Médico
CRM 132/RR

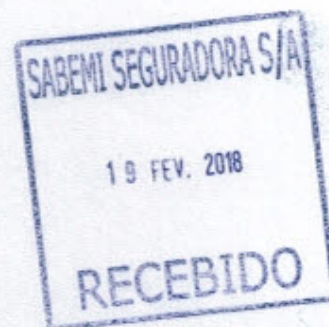
2024-6

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
Serviço de Ortopedia e Traumatologia				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO	DIH	28/04/2017	UN	
PACIENTE: RUBELMAR CASTRO DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO: FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO				
N	HAS	NEGA	DM2	NEGA
40 ANOS E 5 M	LEITO	404-6	DATA	03/05/2017
PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
DIETA ORAL LIVRE				5 WS
ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS				month
METRONIDAZOL 500MG EV. 8/8 HORAS				SUSP
GENTAMICINA 240MG EV. 1X/DIA				SUSP
FILATIL 20MG EV 12/12H S/N				
DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				
PARALAMOL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				SN
LASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
ANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N				
IMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
SVV + CCGG 6/6 H				
CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
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				

MÉDICA:

12:00
PA: 120x70
T: 36°C

Dr. Marcelo Marques
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1918/RR





ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: HGR
NOME: ROSEMAR CORREIA DE SOUZA
IDADE: 40 anos REGISTRO: _____
BLOCO: D ENFERMARIA: _____ LEITO: 404-6
UTI: _____ EMERGÊNCIA: _____

DE: ORTOPEDIA

PARA: ortopedia

Dados Clínicos:

Paciente Hígie, 40 anos e 5 meses,
com história de contusão no ombro.
Nem sempre submetido ao procedimento
cirúrgico. Solicito uma análise
gratuita

03/05/2017

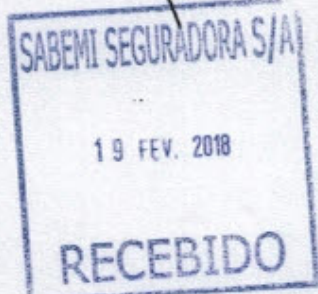
Data

Dr. Marcelo Marques
Médico Especialista em
Ortopedia e Traumatologia
CRM 132/RR
Médico

Dr. Marcelo Marques

Dr. Marcelo Marques

Paciente com EXATAS Hematológicas.
Sem alterações anteriores (01/05/2017)



Ivan Ferreira de Souza
Médico
CRM: 132/RR

Data

Médico

21024-6.6

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
Serviço de Ortopedia e Traumatologia					
Prescrição Médica					
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HGR Hospital Geral de Roraima			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	28/04/2017	UN	
PACIENTE RUBELMAR CASTRO DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO					
ALERGIAS	N	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	40 ANOS E 5 M	LEITO	404-6	DATA	04/05/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SUS
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SUSP
	METRONIDAZOL 500MG EV. 8/8HORAS				SUSP
3	GENTAMICINA 240MG EV. 1X/DIA				SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H S/N				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				22:30
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				22:30
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14					
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:

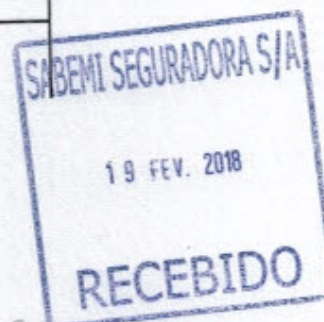
12hs
PA: 120/70
FC: 68
T: 36,2°C

24:00
PA: 120/80
FC: 80
T: 36,5°C

6:00
PA: 130/90
FC: 90
T: 36,5°C

18h:
PA: 110x70
FC: 72
T: 36,5°C

Dr. Marcelo Marques
Marcelo Marques
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1918/RR



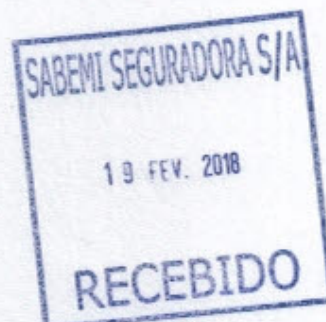
2019-6

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
GOVERNO DE RORAIMA	DATA DE ADMISSÃO	DIH	28/04/2017	UN	
PACIENTE	RUBELMAR CASTRO DE SOUZA				
AGNÓSTICO	FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO				
ALERGIAS	N	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	40 ANOS E 5 M	LEITO	404-6	DATA	05/05/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5 WS
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
	METRONIDAZOL 500MG EV. 8/8HORAS				SUSP
3	GENTAMICINA 240MG EV. 1X/DIA				SUSP
	TILATIL 20MG EV 12/12H S/N				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				2-4-6-8
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14					
15					
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
20	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:					

4th
PA: 420x70
P: 73
R: -
T: 36.3

18:00
PA: 137/83
FC = 73
T = 36.6

Dr. Marcelo Marques
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
16/08/2019



	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 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
5 - NOME DO PACIENTE <i>Rubelmas Castro de Souza</i>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		9 - SEXO
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
		15 - UF
		16 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fratura . luxação do cotovelo @</i>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Ho amiguo</i>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Anamnese + E. física + Imagem</i>		
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Fr do cotovelo @</i>		
21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Ho amiguo de fratura do cotovelo @</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	() CNS () CPF	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE <i>Vitor J. J. J.</i>		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>9/10/19</i>
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
33 - ACIDENTE DE TRABALHO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	38 - SÉRIE
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
() CNS () CPF		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>9/10/19</i>		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



2ª Aih, 0408020547-5520
11799

RORAIMA
GOVERNO DO ESTADO

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data:

05/07/17

O.S. _____

Rubelma Castro de
Souza

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura do cotovelo

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Fixação unípola

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Fixação unípola de fratura - luxação do cotovelo

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

V. B. Barros

1º AUXILIAR:

Patrick Rebelo

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

Dr. Paulo

ANESTÉSICO:

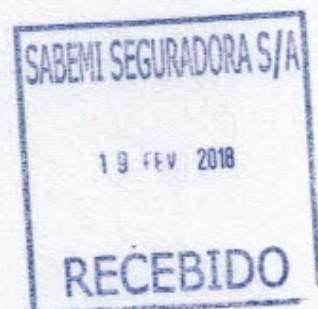
INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Lide em ODH - Shantis
- ② Assépsia + Antítese
- ③ Acesso lateral + Limfático por pleuro + Ressecção do coto pleural e feitura luxação do cotovelo do rádio
- ④ LME + sutura por pleuro
- ⑤ Análise
- ⑥ A e n





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Petrolífera dos Brasis"

FICHA DE ANESTESIA

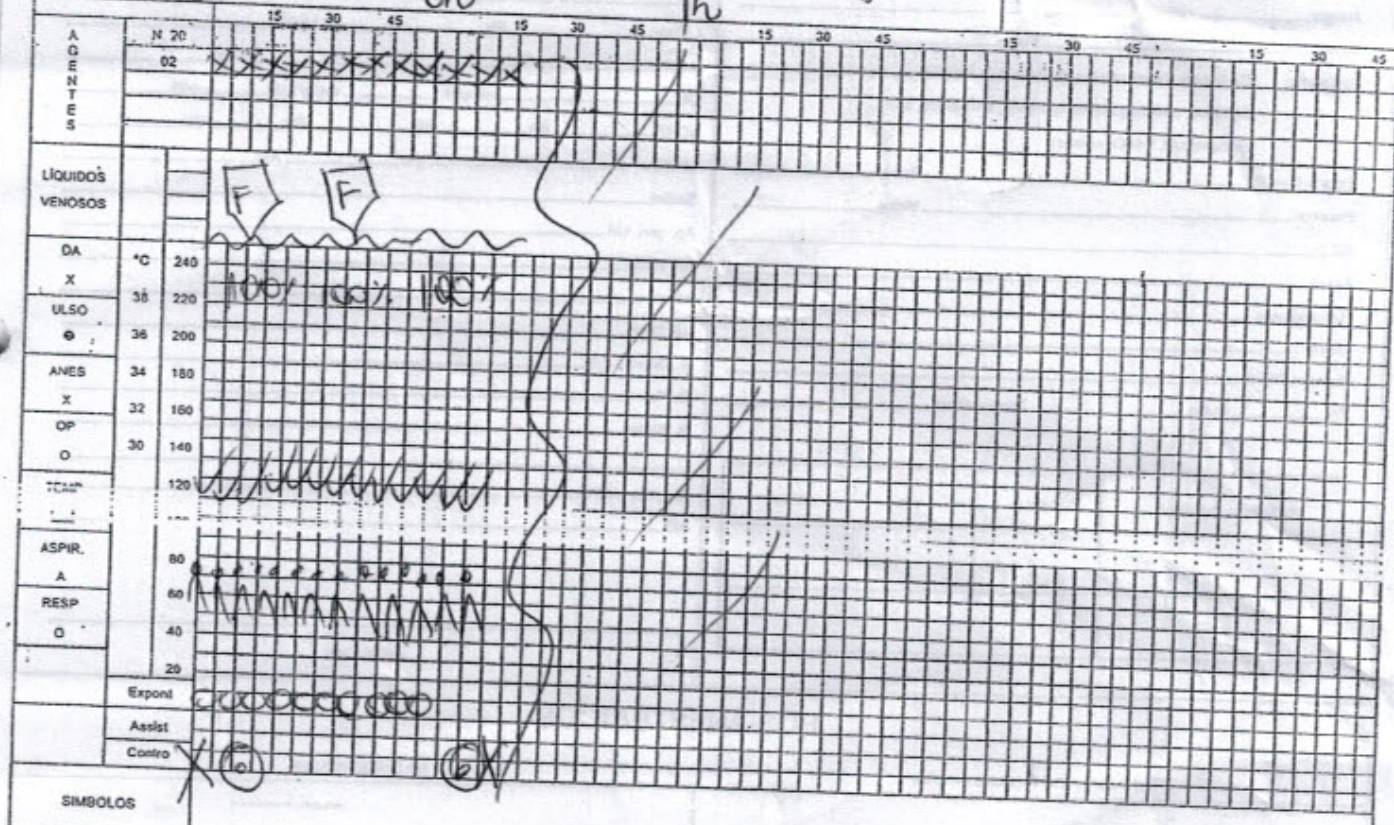
Rubelmar Castro de Souza, 40 anos

05/05/17

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Fentoril 100 mg + Midazolam 5 mg
23h 0h 1h

Nº 06bpedia



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Ropivacaina 1/ 20 ml		Bloqueio de plexo braquial supraclavicular guiado por USG	1) Checagem de gases, drogas e equipamentos
B			2) ECG + SpO2 + PANI
C			3) Revisão de umidade mSD
D			4) O2 sob cateter nasal
E			
F			
G			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cátula - Niso / Oro Faríngea	
HIDO		Ílaco / Ombroquasi - Cega	
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica: não	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			
Osteossíntese de fratur. de cabeça de rádio			

ANESTESIA: Código CIRURGIÃO: Vitor + Patruick

Ana Paula Thomé
Anestesiologista
CRM-RR 1788

SABEMI SEGURADORA S/A
19 FEV. 2018
RECEBIDO

antas:60895845253,

16/08/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Guia de atendimento do HGR Parte 3

PRÉ-ANESTÉSICO

Nome: _____		Enf: _____		Lello: _____		Serv: _____	
Sexo: _____		Cor: _____		Idade: _____		Peso: _____	
Alc: _____		Alt: _____		Classe: _____		Data: ____/____/____	
Diagn. Pré-OP: _____		Patrol Assoc.: _____					
Cir. Proposta: _____							
Anest. Ant: _____				Sangue Tipo: _____			
Alergia: _____				Leuc: _____			
Alcool: _____				Ht: _____			
Fumo: _____				Hb: _____			
DROGAS: (Corticóide, fenotiazínico, hipotensor, narcótico, hipotico, digitalico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfá, casopressor, IMAO, outros)				Hm: _____			
				lc: _____			
				ls: _____			
				p. Lago: _____			
				r. Coag: _____			
				Pq: _____			
				Uréia: _____			
				creat: _____			
				Glc: _____			
				Na: _____			
				mEq/l: _____			
				Cl: _____			
				mEq/1k: _____			
				mEq/1pH: _____			
				pO2: _____			
				pCO2: _____			
				BA: _____			
				BB: _____			
				BS: _____			
				BE: _____			
URINA: d: _____				pH: _____			
				glc: _____			
				Alb: _____			
Sedim: _____							
Ap. gen. Uri: _____							
AP. Resp: _____							
AP. Circ: _____							
AP. Digt: _____							
S. Osteo - Art: _____							
S. Nerv: _____							
S. Endoc: _____							
Est. Fis (ASA): _____				AN, Proposta: _____			
NB: _____							
Assinatura: _____							

Medicação Pré - Anl.	DOSE	VIA	HORA

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

Data: 06/05/17		Hora: 11	
Let. em B E G em mesa, temperatura, medimetopos dos membros, seto 1007 alta da S.R.P.A. novo o bloco R. S. Dantas Quintana Dra. Ana Paula			
Assinatura: _____		Assinatura: _____	

RECEBIDO

18.03.2019

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

Data Hora

Data / / Hora : :

Assinatura

Assinatura

SABEMI SEGURODORA S/A

19 FEB. 2018

RECEBIDO





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

40^a FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Rubelma Castro de Souza			05/05/2017

CIRURGIA	
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO
Hx cirurgico fratura aberta (€)	INICIO 23:30 FIM 00:05 TEMPO TOTAL

EQUIPE MÉDICA	
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:
Dr. Walter Porcari	Dra. Ana Paula
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:
Dr. Patric	INSTRUMENTADOR
2º AUXILIAR	CIRCULANTE
	Raimundo Milhena

TIPO DE ANESTESIA:	TEMPO DE DURAÇÃO:
Bp + Agv	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 3-0	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 4-0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS 1 par mlg			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 21			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº		1	FIO PROLENE Nº 2/0	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		1	SURGIEL Eletrodos	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº coliter de 02	
	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM alcool ± 100ml	
1	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA 10 peças ± 100ml	
			1	OUTROS: grupo menor	

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

RECEBIDO
19 FEV. 2018
SABEM SEGURADORA S/A

SAB - SISTEMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Rubelmar Castro de Souza



DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				TRANSPERATÓRIO				SRPA						
Data: 05.05.17		Reg. 40		Entrada na Sala	Início Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	Sinais Vitais			
											T	P	PA	SPO2
Chegada: 22:30		Idade: 40		22:50	23:30	23:00	00:05				1'h			
Jem: gência () U.T.I. 1				Cirurgia Realizada		Anestesia		Posicionamento		Localização				
Intemção () U.T.I. 2				Hidratação		Antibiótico		Hemodinâmico						
Outros: 404-6 R.D				Infundida		Terapia								
Cirurgia Proposta: Osteomíe				Nome: _____		Dose: _____		CH: _____						
Radio (E)				Outros: _____		Plasma: _____		Plaquetas: _____						
1. Informações:				Nº de compressas oferecidas: 09		Anátomo Patológico: _____								
() Jejum () Pré-anestésico				Nº de compressas recolhidas: 09		() Não								
() Jostas () Intracath				Sinais Vitais:		() Sim								
() Banho () Sangue				T: 36,0 °C		P: 100 bpm								
() Alegria () Calor				SAT: 100 %		R: 100 rpm								
() Exame () Físico				() Regular		() Irregular								
() Outros: _____				FC: 70 bpm		PA: 16 x 9 mmHg								
2. Estado Emocional/ Mental				Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Rolo X										
() Choro () Sonolento				() Outros: _____										
() Agitado														
() Outros: calmo														
3. Sinais Vitais:				Legenda										
T: 36,0 °C				1. Eletrodos										
PA: 16 x 9 mmHg				2. Oxímetro										
SAT: 100 %				3. PVC										
() Regular () Irregular				4. Placa de Bisturi										
				5. Incisão										
				6. Cateter										
				7. Venoclise										
				8. Dreno										
				9. SNG										
				10. Fala de Smarch										
				11. Outros: _____										
4. Condições da Pele:				Destino: SRPA () UTI () Outros:										
() FAE () Ferimento														
() FAF () Queimado														
() Dor () Hematoma														
() Frio () Contusão														
() Edema () Dermidite														
() Javulção () Amputação														
() Abrasão () Ferida Exposta														



SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			PRÉ	TRANS	POS	PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM			HORÁRIO	PRÉ	TRANS	POS
Ansiiedade relacionada (a) procedimentos transoperatório (b) procedimentos pós-operatórios						Avaliar pré-paro operatório						
Risco para infecção relacionado (a) intervenção cirúrgica (b) presença de cateter ou sonda.						Orientar paciente sobre o que durante a sua permanência no C.C.						
Risco para aspiração relacionado (a) estado pós-anestésico (b) imobilidade.						Encaminhar paciente a sala de cirurgia						
Dor relacionada (a) estado pós-anestésico (b) imobilidade.						Cuidar para que não esteja fria na recepção do paciente						
Padrão respiratório ineficaz relacionado (a) depressão do centro respiratório (b) relaxamento muscular.						Manter paciente coberto sem camisa						
Risco para hipotermia relacionado (a) estado de anestesia cirúrgica (b) temperatura ambiental e idade.						Instalar monitores e oximetria de pulso						
Risco para trauma relacionado (a) estado anestésico (b) agitação (c) uso de bisturi elétrico.						Auxiliar na colocação do paciente na posição cirúrgica						
Risco para traumatismo (a) pelo posicionamento peroperatório.						Seguir linha de instalação e cuidados com bisturi elétrico						
Integridade da pele prejudicada (a) cirurgia (b) queimadura.						Registrar volume e anotar aspecto do débito urinário de 1/1 hora						
Mobilidade física prejudicada relacionada a estado pós anestésico cirúrgico.						Controlar sinais frequentes nas primeiras horas de P.C.						
Retenção urinária relacionada (a) diminuição do tônus da bexiga pós anestésica.						Comunicar E.N.F. se há aumento de sangramentos pós-incisões e cateteres						
Incontinência intestinal relacionada (a) efeito da anestesia (b) não realização de enema						Verificar sinais vitais (T, PA, PC, PVC, FR, saturação e perfusão) de 15/15 min. 1h, 30/30 min 2h, 1/1 hora em diante.						
Mucosa oral alterada relacionada ao uso do tubo endotraqueal.						Anotar e comunicar alterações de padrão respiratórios (apneia, dispnéia, queda da saturação, alterações no nível de consciência).						
Dor relacionada (a) incisão cirúrgica (b) imobilidade.						Anotar volume e aspecto das secreções traqueobrônquicas.						
Náusea relacionada (a) estado pós-cirúrgico-anestésico (b) efeito medicado.						Observar as condições da pele em região de placa de bisturi e eletrodos com vistas a queimaduras.						
Evolução de Enfermagem						Fazer curativos occlusivos com gazes com drenos.						
Relatório de Enfermagem						Manter curativos occlusivos com gazes com drenos.						
Pós de observação de P.C.						Preparar paciente para alta do C.C.						
Cabeça e membros inferiores						Paciente em posição de decúbito lateral, após observação de P.C.						
Pós de observação de P.C.						Paciente em posição de decúbito lateral, após observação de P.C.						



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Rubelma Castro de Souza
Cirurgião Responsável: Dr. Patrick + Dr. Vitor
Paracet

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU

- ☒ Identidade
- ☒ Sítio Cirúrgico
- ☒ Procedimento
- ☒ Consentimento

RISCO CIRÚRGICO

- ☒ Aplica
- ☒ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- ☒ Não
- ☐ Sim

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☒ Não
- ☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- ☒ Não
- ☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Ana Paula Thomé
Anestesiologista
CRM-RR 1408

Assinatura e Carimbo

Hora: 23:20

Data 05/05/17

Anestesista Dr. Air Paul

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
- ☒ Sítio cirúrgico
- ☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS

REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE

O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)

COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE



Assinatura e Carimbo

404-6

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
GOVERNO DE RORAIMA		HGR		UN	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		28/04/2017	
PACIENTE RUBELMAR CASTRO DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO					
ALERGIAS		N		HAS NEGA DM2 NEGA	
IDADE		40 ANOS E 5 M		LEITO 404-6 DATA 07/05/17	
ITEM		PRESCRIÇÃO			
1		DIETA ORAL LIVRE			
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			
		METRONIDAZOL 500MG EV. 8/8HORAS			
3		GENTAMICINA 240MG EV. 1X/DIA			
4		TILATIL 20MG EV 12/12H S/N			
5		DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N			
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN			
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8		RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			
9		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			
10		SSVV + CCGG 6/6 H			
12		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			
14					
15					
16					
17					
18		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR			
19		(SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-			
20		350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70			
		DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

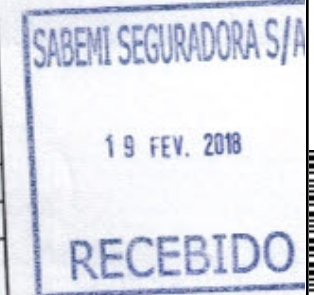
EVOLUÇÃO MÉDICA:

*em controle no lit
comiss superior.*

Dr. Marcelo Marqu
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1918/RR

16:30 Realizou Rx de cotole
Após receber o lto Hospitalar

Júlia Cardenas de Torres
Enfermeira
COREN 190366-RR



19.11.15.
PA - 130 x 72
FC 81
T 36°

18:00
130 x 70
84



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Rubemirton Conto de Souza 40 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 28, 04, 17, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de colosso do pé direito

NO DIA 05, 05, 17, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteotomia SENDO

OPERADO PELO DR. Vitor Parast E DR. Artur

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 07, 05, 17, ÀS 10, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 17, 05, 17, ÀS 7h, COM O
DR. Vitor Parast

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. 19 FEV. 2018

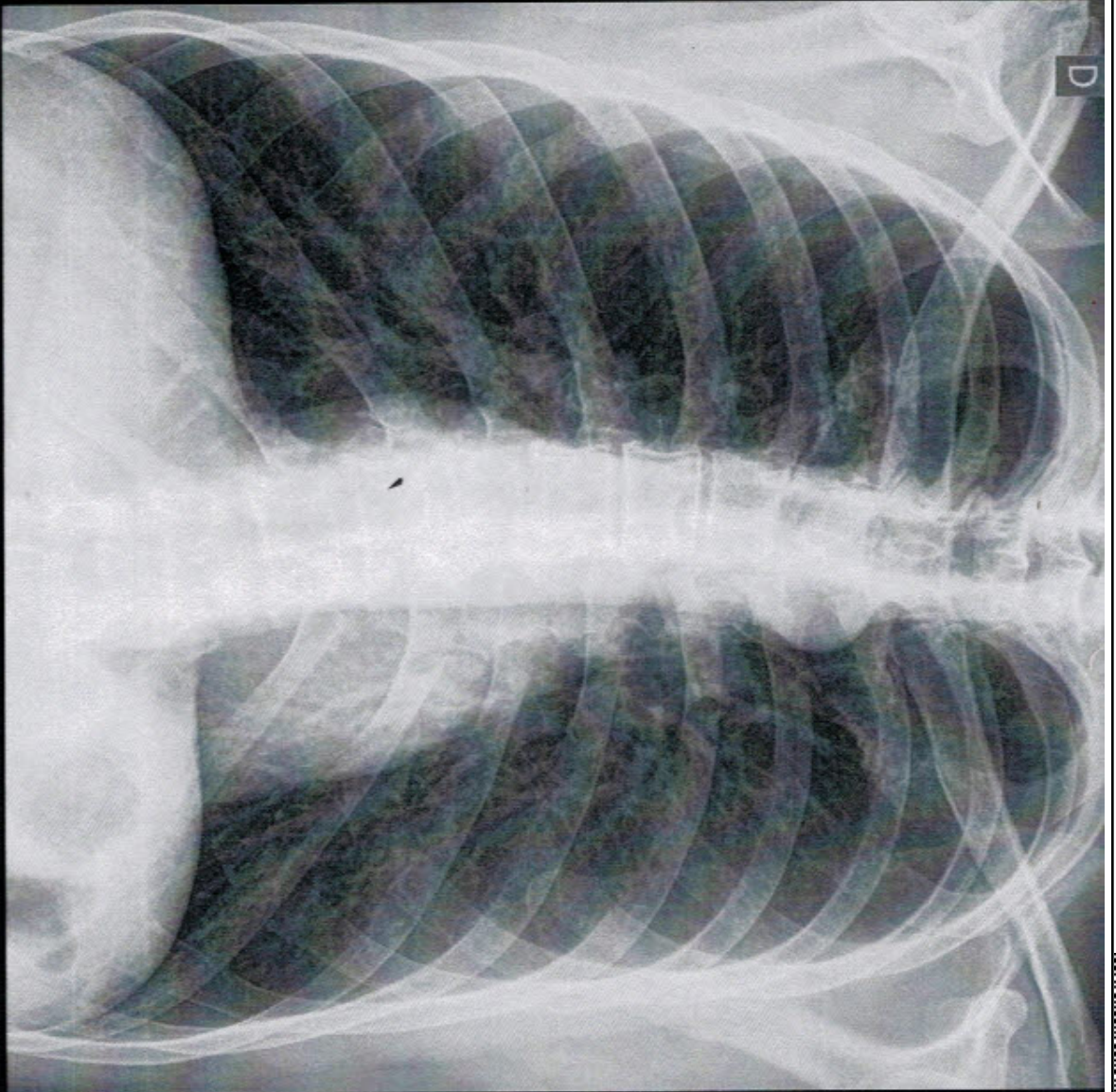
BOA VISTA, 07, 05, 17

Dr. Pedro Di Giovanni
Médico
CRM-RR 1615

MÉDICO

SABEMI SEGURADORA S/A

RECEBIDO



43,4 %

1/5/2017 10:18:41

BLCOO/D L/404-6

41,2 %

1/5/2017 10:18:41



RUBELMAR CASTRO DE SOUZA
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



SINISTRO 3180076640 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RUBELMAR CASTRO DE SOUZA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

Sabemi Seguradora S/A-Filial Boa Vista-RR (Contingência)

BENEFICIÁRIO RUBELMAR CASTRO DE SOUZA

CPF/CNPJ: 44627076215

Posição em 14-08-2019 10:16:45

Em complemento à análise do pedido de indenização do Seguro DPVAT, fizemos três agendamentos de perícia médica, porém, como a vítima não compareceu aos exames e não foi possível identificar, na documentação apresentada, a existência e o grau de lesões permanentes ocasionadas por acidente de trânsito, o pedido de indenização foi negado por falta de comprovação da invalidez permanente.

