

CAERR
CNPJ: 08.939.487/0001-18
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 30.055.426-3
RUA BELFON JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.396-410

Matrícula: **293784** Janeiro/2020

Endereço para entrega:
RUA ITAJARA, NÚM. 88468 - JOQUEI CLUBE B
DA VISTA RR 69313-922

Dados do Cliente:
MARIA EDITE DIAS

Inscrição: 001-018-008-0013-000 Rota: 3 Seq.Rota: 3154 Quantidade de Economias: COMERCIAL
Hidrometro: N0469570 Data de Instalação: 10/11/2003 Situação Água: LIGADO Situação Esgoto: LIGADO
ANTERIOR: 2229 ATUAL: 2242 CONSUMO (m3): 13 NUM DE DIAS: 36
LEITURA FAT. 2229
LEITURA INF. 2242
DT. LEITURA 17/12/2019 22/01/2020

ULTIMOS CONSUMOS

PERÍODO	CONSUMO
201912	11-8
201911	11-8
201910	12-8
201909	15-8
201908	12-8
201907	12-8
MEDIA	12

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

PARAMETRO	CLORO	TURBIDEZ	COR	Q-TOTAL	Q-INDIC
AMOSTRAS	188	188	188	188	188
EXIGIDAS	188	188	188	188	188
ANALISADAS	188	188	188	188	188
CONFORMES	188	188	188	188	188

CONSUMO TOTAL(R\$)

DESCRICAÇÃO

AGUA

COMERCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

ESGOTO

MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019 12/2019

JUROS DE MORA 10/2019

TOTAL A PAGAR 132,87

VENCIMENTO 14/02/2020

IMPRESSO EM: 22/01/2020 08:31:45

Via do Cliente

MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
293784	01/2020	14/02/2020	132,87

82680000001- 8 32870004001- 2 00029378401- 3 01202040003- 7



Via do CAER

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, Cláudio Dias Araújo, brasileiro
(a), solteiro, autônomo, portador (a) do RG nº
136222, inscrito (a) no CPF sob o nº 447.321.202-53, residente e
domiciliado (a) na rua itayana, nº 460, Bairro
Joqui Clube, Boa Vista-RR, CEP 69.313-022, telefone
nº (95) 99153-0961, DECLARA não ter condições de arcar com
as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo
de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art.
99 §3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na
acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 04 de agosto de 2020.

Cláudio DIAS Araújo
DECLARANTE

[illegible]

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

RR Nº 013775848064

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
447. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 14/08/2019

VIA 01 447-321.202-53 CPF/CNPJ 447-321.202-53

PLACA MAR0557

RENAVAM 00888783452

HONDA/CG 150 TITAN ES2

CANTO FAB 2002

PLACA 008206 R040250

PRÊMIO TARIFARIO

FMS (R\$) R\$36.05
DEUTAVIA (R\$) R\$4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15

PAGAMENTO R\$0.00

COTA ÚNICA R\$0.00

☒ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 23/08/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.908/0001-04

OUT / 2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT



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

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200271862

Vítima: CLEUTO DIAS ARAUJO

Data do Acidente: 19/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEUTO DIAS ARAUJO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: CLEUTO DIAS ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000004263-3

Conta: 000010017355-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PROCURAÇÃO

Eu, Clinto Dias Araújo,
brasileiro (a), solteiro, autônomo, portador (a) da
cédula de identidade RG nº 136222, inscrito (a) no CPF sob o
nº 447.321.202-53, residente e domiciliado (a) na
rua itayara, nº 460, Bairro
Joqui Clube, CEP 69.313-022, telefone nº 99153-0968
Boa Vista-RR, por este instrumento particular de procuração,
nomeia, o Advogado **WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro,
solteiro, inscrito na OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à
Avenida Sabá Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725,
Boa Vista, Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para
Através do presente instrumento particular de mandato, O
OUTORGANTE nomeia e constitui como seu procurador o
OUTORGADO, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao
bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em
geral, conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo
Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar
compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a
procedência do pedido, receber intimações, receber e dar
quitações, praticar todos os atos perante repartições públicas
Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração
pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante
particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias
e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando
tudo por bom e valioso, **com fim específico para ação judicial
de cobrança de seguro DPVAT em face da SEGURADORA
LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 04 de agosto de 2020.

Clinto Dias Araújo
OUTORGANTE.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
CLEUTO DIAS ARAUJO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR/UF
136222 SSP RR

CPF
447.321.202-53

DATA NASCIMENTO
19/09/1977

FILIAÇÃO
MARTINHO ARAUJO
NASCIMENTO
MARIA EDITH DIAS

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
02266761563

VALIDADE
25/05/2020

1ª HABILITAÇÃO
12/03/2002

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
26/05/2017

LUIZ EDUARDO SILVA DE CASTILHO
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR

52600449810
RR209257610

ASSINATURA DO EMISSOR

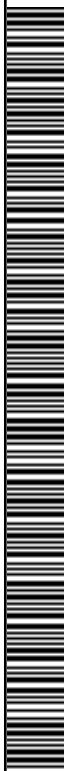
RORAIMA

DENATRAN

CONTEAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1475592883

PROIBIDO PLASTIFICAR
1475592883



Fls: 1
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00020726/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/07/2020 15:54:28 Data/Hora Fim: 21/07/2020 15:54:28
Delegado de Polícia: Simone Arruda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 19/01/2020 16:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Jardim Primavera
Logradouro: rua antares
Tipo do Local: Via Pública

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 21 de julho de 2020

[Assinatura]
Assinatura

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CLEUTO DIAS ARAUJO (COMUNICANTE, VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 19/09/1977	Idade 42
Profissão: Autônomo		Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: MARIA EDITH DIAS		Nome do Pai: MARTINHO ARAUJO NASCIMENTO	

Documento(s)

RG: 136222
CPF: 447.321.202-53

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA ITAJARA
Complemento: CASA
Bairro: JOQUEI CLUBE
Telefone: (95) 99153-0961 (Celular)

Nº: 460

CEP: 69.313-022

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 447.321.202-53	Placa NAR0557
Renavam 00888783450	Número do Motor KC08E26840220
Número do Chassi 9C2KC08206R840220	Ano/Modelo Fabricação 2006/2006
Cor PRATA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD
Veículo Adulterado? Não	Situação Meio Empregado, Envolvido
Última Atualização Denatran 26/09/2019	Situação do Veículo RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC ULOS
Nome Envolvido	Envolvimentos



Impresso por: Meire Moura da Silva
Data de Impressão: 21/07/2020 16:21:54

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Fls: 2
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00020726/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
CLEUTO DIAS ARAUJO	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE o comunicante através do número telefônico 95-99153-0961, entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP para relatar o seguinte fato: Que no dia 19/01/2020, por volta das 16h:50min da tarde, o comunicante trafegava em sua motocicleta particular, de marca HONDA, modelo Titan. 150, Placa NAR-0557; QUE neste momento trafegava na rua antares, no bairro: Jardim Primavera/RR/BV; QUE nesse dia estava chovendo, e não prestou atenção que havia um buraco na rua, que ao passar por este buraco, parte da roda da motocicleta ficou engatada jogado o comunicante para frente, atingindo bruscamente o asfalto; QUE após o acidente o comunicando observou que não conseguia movimentar seu braço corretamente, e que não conseguia realizar o movimento de extensão do braço e dirigiu-se até o Hospital Geral de Roraima - HGR, onde foi constatado que parte de seu cotovelo havia sido quebrado, como consta em laudo médico em anexo a este B.O.

QUE o comunicante externa que apenas foi possível realizar o registro deste boletim de ocorrência na data de hoje (13/07/2020), que somente registrou o fato para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

~~~~~  
QUE para os devidos fins de direito, Eu Hualacy Seelig, S. de Souza, escrivão de polícia "ad-hoc", chefe de seção da polícia civil, matrícula nº 020116684, responsável por este B.O, orientei ao comunicante que ela poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS

Meire Moura da Silva  
Escrivão de Polícia  
Matrícula 42000511  
Responsável pelo Atendimento

(Ausente)  
CLEUTO DIAS ARAUJO  
Comunicante, Vítima

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia  
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 21 de julho de 2020  
Hualacy Seelig, S. de Souza



Impresso por: Meire Moura da Silva  
Data de Impressão: 21/07/2020 16:21:54

Página 2 de 2  
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



| GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA                        |                     | 1ª Classificação                                 |  | Reclassificação                                   |  | Reclassificação                               |  | Reclassificação                     |  |
|-----------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| Secretaria de Estado da Saúde                       |                     | <input type="checkbox"/> Vermelho                |  | <input type="checkbox"/> Vermelho                 |  | <input type="checkbox"/> Vermelho             |  | <input type="checkbox"/> Vermelho   |  |
| Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE             |                     | <input type="checkbox"/> Laranja                 |  | <input type="checkbox"/> Laranja                  |  | <input type="checkbox"/> Laranja              |  | <input type="checkbox"/> Laranja    |  |
| Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308                  |                     | <input type="checkbox"/> Amarelo                 |  | <input type="checkbox"/> Amarelo                  |  | <input type="checkbox"/> Amarelo              |  | <input type="checkbox"/> Amarelo    |  |
|                                                     |                     | <input type="checkbox"/> Verde                   |  | <input type="checkbox"/> Verde                    |  | <input type="checkbox"/> Verde                |  | <input type="checkbox"/> Verde      |  |
|                                                     |                     | <input type="checkbox"/> Azul Ass.               |  | <input type="checkbox"/> Azul Ass.                |  | <input type="checkbox"/> Azul Ass.            |  | <input type="checkbox"/> Azul Ass.  |  |
| 2001211124                                          | 19/01/2020 17:50:25 | FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA               |  |                                                   |  | DIURNO 07-19 25                               |  |                                     |  |
| Paciente                                            |                     | Data Nascimento                                  |  | Idade                                             |  | CNS                                           |  | CPF                                 |  |
| CLEUTO DIAS ARAUJO                                  |                     | 19/09/1977                                       |  | 42 A 4 M 0 D                                      |  |                                               |  | 44732120253                         |  |
| Tipo Doc                                            |                     | Documento                                        |  | Órgão Emissor                                     |  | Data Emissão                                  |  | Sexo                                |  |
| IDENTIDADE                                          |                     | 136222                                           |  | SSP/RR                                            |  | 22/01/1993                                    |  | M                                   |  |
| Mão                                                 |                     | Estado Civil                                     |  | Raça/Cor                                          |  | Naturalidade                                  |  | Nacionalidade                       |  |
| MARIA EDITH DIAS                                    |                     | SOLTEIRO(A)PARDA                                 |  | BOA VISTA - RR                                    |  | BRASILEIRA                                    |  |                                     |  |
| Endereço                                            |                     | Pai                                              |  | Contato                                           |  | Ocupação                                      |  |                                     |  |
| RUA - ITAJARA - 460 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR |                     | MARTINHO A. NASCIMENTO                           |  | (95) 99153-0961                                   |  |                                               |  |                                     |  |
| Class. de Risco                                     |                     | Plano Convênio                                   |  | Nº da Carteira                                    |  | Validade                                      |  | Autorização                         |  |
| Motivo do Atendimento                               |                     | Caráter do Atendimento                           |  | Profissional do Atend.                            |  | Procedência                                   |  | Temp.                               |  |
| ACIDENTE DE MOTO                                    |                     | URGÊNCIA                                         |  |                                                   |  |                                               |  |                                     |  |
| Setor                                               |                     | Tipo de Chegada                                  |  | Procedimento Sol.                                 |  | Registrado por:                               |  |                                     |  |
| GRANDE TRAUMA                                       |                     | TRANSPORTADO POR TER                             |  |                                                   |  | ADAO                                          |  |                                     |  |
| Queixa Principal                                    |                     | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril         |  | <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório |  | <input type="checkbox"/> 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)               |                     |                                                  |  |                                                   |  |                                               |  |                                     |  |
| Exame Físico                                        |                     |                                                  |  |                                                   |  |                                               |  |                                     |  |
| Hipótese Diagnóstica                                |                     |                                                  |  |                                                   |  |                                               |  |                                     |  |
| SADT - Exames Complementares                        |                     | <input type="checkbox"/> RAIO-X                  |  | <input type="checkbox"/> ULTRA-SON                |  | <input checked="" type="checkbox"/> TC        |  | <input type="checkbox"/> SANGUE     |  |
|                                                     |                     | <input type="checkbox"/> URINA                   |  | <input type="checkbox"/> ECG                      |  | <input type="checkbox"/> OUTROS:              |  |                                     |  |
| PRESCRIÇÃO                                          |                     | APRAZAMENTO                                      |  | OBSERVAÇÃO                                        |  |                                               |  |                                     |  |
|                                                     |                     | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                        |  |                                                   |  |                                               |  |                                     |  |
|                                                     |                     | Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N                     |  |                                                   |  |                                               |  |                                     |  |
|                                                     |                     | Novo Planalto - (95) 2121-0620                   |  |                                                   |  |                                               |  |                                     |  |
|                                                     |                     | AUTENTICAÇÃO                                     |  |                                                   |  |                                               |  |                                     |  |
|                                                     |                     | 2 - ABR 7/17                                     |  |                                                   |  |                                               |  |                                     |  |
|                                                     |                     | Certifico e dou Feixa presente                   |  |                                                   |  |                                               |  |                                     |  |
|                                                     |                     | Cópia e fiel reprodução original                 |  |                                                   |  |                                               |  |                                     |  |
|                                                     |                     | que foi apresentado neste Hospital               |  |                                                   |  |                                               |  |                                     |  |
| Conduta                                             |                     | <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica |  | <input type="checkbox"/> Ambulatório              |  | <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) |  | <input type="checkbox"/> Internação |  |
|                                                     |                     | <input type="checkbox"/> Alta a Pedido           |  | <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)     |  | <input type="checkbox"/> Internação           |  | <input type="checkbox"/> Internação |  |
|                                                     |                     | <input type="checkbox"/> Alta a Revelia          |  | <input type="checkbox"/> Internação               |  | <input type="checkbox"/> Internação           |  | <input type="checkbox"/> Internação |  |
|                                                     |                     | <input type="checkbox"/> Transferência para:     |  | <input type="checkbox"/> Internação               |  | <input type="checkbox"/> Internação           |  | <input type="checkbox"/> Internação |  |
| óbito                                               |                     | <input type="checkbox"/> Sim                     |  | <input type="checkbox"/> Não                      |  | Destino: <input type="checkbox"/> Família     |  | <input type="checkbox"/> Família    |  |
| Assinatura do Paciente ou Responsável               |                     | Carimbo e Assinatura do Médico                   |  |                                                   |  |                                               |  |                                     |  |
| Impresso por: adao                                  |                     | Data Hora: 19/01/2020 17:52:30                   |  |                                                   |  |                                               |  |                                     |  |
| © 2020                                              |                     | SOTEC - Soluções em Tecnologia                   |  |                                                   |  |                                               |  |                                     |  |
| SIS - Hospital de Saúde                             |                     | Vers. 4.2.57 - 01.09.19                          |  |                                                   |  |                                               |  |                                     |  |



2001211124





BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 10.06.2020 O.S. 02

Auto 200 arany

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura costal Radio. @  
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Redução + auto + artroscopia  
T.O. DE INTERVENÇÃO: cirurgia Radio  
MEDICAÇÕES E ACIDENTES:  
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: J. L. Moura 1º AUXILIAR: Carlos  
2º AUXILIAR: INSTRUMENTADORA:  
3º AUXILIAR: ANESTESIA:  
ANESTESISTAS: M. L. Moura ANESTÉSICO:  
INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Bat ghl sob sed.
- 2) artroscopia + artroscopia + artroscopia
- 3) Redução + auto sob  
radioscopia + artroscopia  
colarado / cirurgia Radio
- 4) talab. atalo Palmer @ em  
supracosta
- 5) tração

