



**VALDENOR GOMES  
ADVOCACIA E CONSULTORIA**

---

**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE: GILVAN ALVES DE ARAUJO**, brasileiro, solteiro, vigilante, portador do RG 195746 SSP/RR e CPF 781.032.582-53, sendo este residente e domiciliado na Rua Nivaldogutierrez, 1720, Bairro Pintolandia, Estado de Roraima.

**OUTORGADOS: Dr. VALDENOR ALVES GOMES**, advogado, casado, inscrito na OAB/RR sob o nº 618; **Drª ROSIANE MARIA OLIVEIRA GOMES** advogada, casada, inscrita na OAB/RR sob o nº 1358, ambos com escritório profissional situado na Rua Maria Rodrigues dos Santos, nº 996, Bairro Asa Branca, CEP. 69.312.285, na Cidade de Boa Vista/RR, onde receberão as devidas intimações

**PODERES:** Para o foro em geral e os da cláusula ad-judicia, mais os ressalvados no art. 105 do CPC, exceto para receber citação. Para propor, no interesse do outorgante; em qualquer instância, juízo ou tribunal, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo for proposta, acompanhando-se até o final julgamento, interpor medidas cautelares, incidentes ou não, efetivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais para os atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações ou interpelações judiciais, patrocinar os interesses do outorgante, procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, intimações, acordar, discordar, receber e dar quitação de valores, transigir, desistir, renunciar ao direito, sobre o que se funda a ação, firmar compromisso, requerer a extinção ou suspensão do processo. Podendo ainda, desempenhar suas atividades profissionais junto ao órgão da administração direta e indireta da União, Estados e Municípios. Representar junto ao **INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL – INSS**. Podendo ainda substabelecer.

Boa Vista – RR, 03 de maio de 2019.

*Gilvan Alves de Araujo*

---

**GILVAN ALVES DE ARAUJO**

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

Nome: GILVAN ALVES DE ARAUJO

DOC. IDENTIFIC. / ORIG. EMISSOR: 195746 SSP RR

CPF: 781.032.582-53 DATA NASCIMENTO: 25/10/1983

Função: FRANCISCO FELIX DE ARAUJO

EDILEUSA ALVES DO NASCIMENTO

PERMISSÃO: ☒ ACC: ☒ CAT.VEIC: A3

VALIDADE: 30/11/2022

FIN. HABILITAÇÃO: 09/04/2008

NP REGISTRO: 04334160704

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do Portador: Gilvan Alves de Araujo

LOCAL: BOA VISTA, RR

ANTONIO FRANCISCO BEZERRA BARREIRA  
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO  
DETRAN-RR

DATA DE EMISSÃO: 30/11/2017

81324131596  
RR209464860

PROIBIDO PLASTIFICAR

1553822151

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1553822151

RORAIMA







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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013987/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/05/2019 10:16 Data/Hora Fim: 09/05/2019 10:32  
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 09/05/2019  
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 18/11/2018 01:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Estrada do Urubuzinho

Bairro: Zona Rural

Ponto de Referência: Próximo à Fazenda do Anchieta

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1035: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GILVAN ALVES DE ARAUJO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 25/10/1983  
Profissão: Frentista  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Edleusa Alves do Nascimento

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 781.032.582-53  
RG - Carteira de Identidade: 195746

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Nivaldo da Conceição Gutierrez

Nº: 1720

Bairro: Pintolandia

Telefone: (95) 99113-9996 (Celular)



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante, que é habilitado, compareceu a esta especializada para informar que na data, loca e hora supramencionados, conduzia a MOTOCICLETA YAMAHA/LANDER XTZ 250, PLACA NAY 5539, CHASSI 9C6KG021090039737, na época do fato de sua de propriedade, quando na ocasião veio a colidir em um galho de árvore que estava no meio da referida via, vindo o mesmo a cair. Informa ainda que em virtude da queda sofreu fratura no joelho direito, sendo conduzido ao HGR para atendimento médico por terceiros e que este registro é somente para fins de SEGURO DPVAT. É o relato.



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha  
Impresso por: Carlos Regis Cunha  
Data de Impressão: 09/05/2019 10:33  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013987/2019

ASSINATURAS

Carlos Regis Cunha  
Responsável pelo Atendimento

Gilvan Alves de 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-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

09 MAI 2019

AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDO

MAT. 42000372





18/11/2018

Guia de Atendimento 17



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

1ª Classificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Rosália Gomes da Silva  
Aux. Serv. Saúde

2ª Classificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

1801036249	18/11/2018 02:41:03	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF
GILVAN ALVES DE ARAUJO	25/10/1983	35 A 0 M 24 D	703400748507200	78103258253
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo
IDENTIDADE	195746	SSP/RR	05/11/1997	M
Mãe	Estado Civil		Raça/Cor	Naturalidade
EDILEUSA ALVES DO NASCIMENTO	SOLTEIRO(A)		PARDAS	BOA VISTA - RR
Endereço	Pai		Contato	Nacionalidade
RUA - NIVALDO DA CONCEICAO GUTIERREZ - 1720 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR	FRANCISCO FELIX DE ARAUJO		(95) 99113-9991	BRASILEIRA
				Ocupação
				FRENTISTA

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA		KAREN GARCIA		

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

QUEIXA DE MOTO

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)  
PTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO. RELATA LESÃO  
EM JOELHO (D). NEGA ALERGIA

Exame Físico  
BEC, ACC GOMOS, HIPERTROFIA, ELEVADO  
LESÃO CONTOU-TUSO EM JOELHO (D)

Hipótese Diagnóstica  
FRATURA DE JOELHO (D)?

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
UTILIZAR 40 mg (EU)		Ans. Enc. ao
DIPIRONA 2g (EU)		ALC ORTO
CEFALOTINA 1g (EU)		
1) Pte com dor aguda - 08/11/18		
2) Chulelone 600 mg (EU) - 08/11/18		
3) ATT 0.5 mg 1 vez - 08/11/18		

Conduta	Ambulatório	Observação (Até 24h)	Internação
<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"/> Alta a Revelia			
<input type="checkbox"/> Transferência para:			

óbito  
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico
Impresso por: karen.garcia Data Hora: 18/11/2018 02:41:49	Dr. [Assinatura] Médico CRM-RR 2015

Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico
Assinatura: [Assinatura]	Dr. [Assinatura] Médico CRM-RR 2015

http://10.102.5.252:8888/IS4/is4//95491622-BB12-4D2B-974B-EC66BC5AA44F.html



18/11/2018

... Guia de Atendimento 17 ...

Rosália Gomes da Silva  
Aux. Serv. Saúde



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

1ª Classificação

Reclassificação

Reclassificação

Classificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

1801036249 18/11/2018 02:41:03 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 4

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF  
GILVAN ALVES DE ARAUJO 25/10/1983 35 A O M 24 D 703400748507200 78103258253  
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade  
IDENTIDADE 195746 SSP/RR 05/11/1997 M SOLTEIRO(A) PARDAS BOA VISTA - RR BRASILEIRA  
Mãe Pai Contato  
EDILEUSA ALVES DO NASCIMENTO FRANCISCO FELIX DE ARAUJO (95) 99113-9991  
Endereço Ocupação  
RUA - NIVALDO DA CONCEICAO GUTIERREZ - 1720 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR FRENTISTA

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 KAREN GARCIA

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

QUEBRA DE MOTO

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_h)  
PTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO. RELATA LESÃO  
EM JOELHO (D). NEGA ALERGIA

Exame Físico  
BEG, ACC COMODO, HIGIENADO, EVANTO  
LESÃO CONTUSO-TUSA EM JOELHO (D)

Hipótese Diagnóstica  
FRATURA DE JOELHO (D)?

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
13 MAI 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

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

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO  
1) DILATIL 40mg (EU) 1h30 Enc. ao CC  
2) DILIPRONA 2g (EU) 1h30 ORTO  
3) CEFALOTINA 1g (EU) 1h30  
4) Fita curativa 4cm x 5cm 1h30  
5) Chuleira 60cm x 40cm (EU) 1h30  
6) ATB 0.5ml em 1h30

Conduta  
☐ Alta por Decisão Médica  
☐ Alta a Pedido  
☐ Alta a Revelia  
☐ Transferência para:  
AOCL

óbito  
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico  
Impresso por: karen.garcia Data Hora: 18/11/2018 02:41:49  
Dr. Valdenor Alves Gomes  
CRM-RR 2015

Dr. Polt

Tram corte corte e joelho

EF: lesão nos rins

X não foi subido de

12: AO CC PL LMC

3:40h

Dr. Marcos Aguiar  
Neurologista Residente  
Urgência e Traumatologia  
CRM-RR 1995





18/11/2018

Guia de Atendimento 17

Rosália Gomes da Silva  
Aux. Serv. Saúde



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

1ª Classificação  
Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

1801036249	18/11/2018 02:41:03	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 19-	4
Paciente	Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário	
GILVAN ALVES DE ARAUJO	25/10/1983		35 A O M 24 D	703400748507200	78103258253		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE	195746	SSP/RR	05/11/1997	M	SOLTEIRO(A)	PARDA	BOA VISTA - RR
Mãe	EDILEUSA ALVES DO NASCIMENTO			Pai	FRANCISCO FELIX DE ARAUJO		
Endereço	RUA - NIVALDO DA CONCEICAO GUTIERREZ - 1720 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR						Ocupação
						FRENTISTA	
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº 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						
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA			KAREN GARCIA			
Queixa Principal							
QUEIXA DE MOTO							
Anamnese de Enfermagem				GSC	TOTAL		
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

PELO VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO. RELATA LESÃO  
EM JOELHO (D). NEGA ALERGIA

Exame Físico

BOB, ACC GOMOS, HEMITADO, EVASCO  
LESÃO CONTUSO-EM JOELHO (D)

Hipótese Diagnóstica

FRATURA DE JOELHO (D)?

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) DILATIL 40mg (EU)		Phs Enc. ao CC
2) DILIPON 2g (EU)		ALC ORTO
3) CEFALOTINA 1g (EU)		
4) Fentanila 0.5mg (EU)		
5) Clonidina 0.5mg (EU)		
6) ATB 0.5mg (EU)		

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: karen.garcia  
Data Hora: 18/11/2018 02:41:49

© 2018  
SISTEMA - Produção em Tecnologia  
Rua: ...

Dr. ...  
Médico  
CRM: ...





**BLOCO D**  
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

sete 05.12.18

*Gilva Alves de Arag*  
703200748507200

DATA DE NASCIMENTO  
25/10/83

269280

m

*Edi Leusa Alves do Nascimento*

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Srta. Patr. mds e jelle (D)*

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 MAI 2019

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

*Curry*

*Exa. fir*

PROCEDIMENTO SOLICITADO

*Srta. Patr. mds e jelle (D)*  
*Ord*  
*Dr. Patrícia*

18/11/18

CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

AUTORIZAÇÃO

0415040035  
R02  
T013  
V299

18/11/18

HGR

BOLETIM OPERATÓRIO

Galvan Celso do Carmo

BOLETIM OPERATÓRIO

Data 18/11/13

OS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Lesão por trauma em pele e tecido

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: LMC em pele e tecido

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Dr. Patrick

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. PCT DDA + Curativo

2. Amp + Curativo + Curativo

3. LMC em pele e tecido + Neten +  
Curativo

4. PDA



Dr. Patrick Roberto José  
Cirurgião Plástico  
CRM 164





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

# FICHA DE ANESTESIA

Valdenor Alves de Araújo, 35c

urgência

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		N° 18.11.2018																																		
4h																																				
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">A G E N T E S</td> <td>N 20</td> <td>15</td><td>30</td><td>45</td> <td>15</td><td>30</td><td>45</td> <td>15</td><td>30</td><td>45</td> <td>15</td><td>30</td><td>45</td> <td>15</td><td>30</td><td>45</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		A G E N T E S	N 20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	02																	
A G E N T E S	N 20		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45																			
	02																																			
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">LÍQUIDOS VENOSOS</td> <td>A</td> <td>500</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>5L</td> </tr> </table>		LÍQUIDOS VENOSOS	A	500	D	5L																														
LÍQUIDOS VENOSOS	A		500																																	
	D	5L																																		
DA	°C	240																																		
X	38	220	100 100																																	
ULSO	36	200																																		
ES	34	180																																		
X	32	160																																		
OP	30	140																																		
O																																				
TEMP		120																																		
		100																																		
ASPIR.		80																																		
A		60																																		
RESP		40																																		
O		20																																		
Export																																				
Assist																																				
Contro																																				
SIMBOLOS																																				
AGENTES		DOSES	TÉCNICA																																	
A																																				
B		Neoclas 7mg	Roquevostim 1ml																																	
C			02 supl. cr																																	
E																																				
F																																				
G																																				
GLICOSE		LÍQUIDOS 500ml	Cânula - Naso / Oro Faríngea																																	
NDCD			Naso / Orotraqueal - Cega 26cm																																	
SANGUE			Bal - Tamp - Calibre do Tubo																																	
			Sob Máscara																																	
			Dificuldade Técnica																																	
TOTAL		500ml	TEMPO DE ANESTESIA 4:24 a 4:56																																	
OPERAÇÃO		Lavagem fenda haurim h w pelo @																																		
ANESTESIA		CÓDIGO	CIRURGIÃO																																	
in folio (R3)			Dr. Moura																																	
		PERDA SANGÜINEA																																		
		um																																		

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
13 MAI 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bazaglia 484 - Boa Vista - RR

Dr. Thiago O. C. B. B. B.  
MÉDICO  
CRM-RR 1000





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

# FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

35 anos

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Gilvan Alves de Araújo			18/11/18

CIRURGIA	
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO
Lavagem de ferida traumática joelho	INICIO 4:30 FIM 05:02h TEMPO TOTAL

EQUIPE MÉDICA	
CIRURGIÃO	ANESTESISTA: Drº
1º AUXILIAR Drº	RES. ANESTESIA: Drº Fabio R3
2º AUXILIAR Drº Marcos Aguiar R1	INSTRUMENTADOR
	CIRCULANTE
	Isaura, Soares, Thabel

TI: DE ANESTESIA: Raquin	TEMPO DE DURAÇÃO:	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
QUANT.	MATERIAIS				
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
1	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS:	

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 424 - Boa Vista - RR



Bloco F / Lt. 09

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		Gilva A. Cray					
DIAGNÓSTICO		Lesão por trauma em joelho					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		DATA		18/11/13	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					SND	
2	AVP					MANTER	
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H					ATENÇÃO	
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H					12h 24h	
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 5/6H					04h 16h 22h	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA						
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N						
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						
11	CURATIVO DIÁRIO					m	
12	SSVV + CCGG 6/6 H					rotina	
13	Clindamicina 600 EV 6/6h					08h 14h 20h 02	
14	Sevoflurano 50g EV 1+1h					10h	
15							
16							
17							
18							
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),						
20	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:							
SINAIS VITAIS							
6 H	130x80 80						36.5
12 H							
18 H							
24 H							

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Coronel João Bazaglia, 434 - Boa Vista - RR

Dr. Marco Aguiar  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 995



F. 09

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HGR Hospital Geral de Roraima	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		GILVAN A. LERAY					
DIAGNÓSTICO		Lesões Articulares no Lado esquerdo (D)					
ALERGIAS		HAS		NEGA		DM2	
IDADE		LEITO		DATA		18/11/2018	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					SND	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					SND	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H					12h 18h 24h 06h	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					12h 24h	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN					SN	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					SN	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N					SN	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SN	
10	SSVV + CCGG 6/6 H					Rotina	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG					SN	
14	CURATIVO DIARIO					SN	
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H					12h 20h 02h 08h	
16	LEVOPROXACENO 500mg EV 1x 10ca						
17							
18	<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),						
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ;					SN	
20	351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA



Dr. Marcus Brunner  
Médico  
CRM-RR 1917

SINAIS VITAIS				
6 H	148/100	84	36.7°C	
12 H	150x91	86	35.6°C	19. 6
18 H	130/72	94		
24 H	143/86	97	38.1°C	

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.





**Acompanhamento das Feridas**  
**Comissão de Curativo - HGR**

Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: **4082**

Localização / Região		DATA:	Localização / Região	
<p><i>Gilvan Alves</i> <i>24.11</i></p> <p><i>UED</i></p>		<p><input type="checkbox"/> GRAU - I</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU - II</p>		
<p>Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética</p> <p><input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____</p>		<p>Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética</p> <p><input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____</p>		
<p>Comprimento _____ cm    Largura: _____ cm</p> <p>Profundidade _____ cm</p>		<p>Comprimento _____ cm    Largura: _____ cm</p> <p>Profundidade _____ cm</p>		
<p><input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escarola</p> <p><input type="checkbox"/> Tecido necrótico</p>		<p><input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escarola</p> <p><input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara</p>		
<p><input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco</p> <p><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante</p>		<p><input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco</p> <p><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante</p>		
<p><input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento</p> <p><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo</p>		<p><input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento</p> <p><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo</p>		
<p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito</p> <p><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor</p>		<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito</p> <p><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor</p>		
<p><input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor</p> <p><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____</p>		<p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor</p> <p><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____</p>		
<p><input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%</p> <p><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____</p>		<p><input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%</p> <p><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____</p>		
<p><input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase</p> <p><input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____</p>		<p><input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase</p> <p><input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata</p> <p><input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____</p>		
<p><input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde</p>		<p><input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde</p>		
<p>Próxima troca: _____</p> <p>em caso de + de 24hs</p>		<p>Próxima troca: _____</p> <p>em caso de + de 24hs</p>		
<p>01- <i>Yare</i></p> <p>02- <i>Diano</i></p>		<p>01- _____</p> <p>02- _____</p>		
<p>Assinatura do Enfermeiro</p>		<p>OBS:</p>		

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


**13 MAI 2019**

**GENTE SEGURADORA S/A**  
Av. Capitão João Bezerra, 414 - Boa Vista - RN

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.  
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



408-2

 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE <b>GILVAN ALVES DE ARAUJO</b>					
AGNÓSTICO <b>LESÃO PARTES MOLES EM JOELHO D</b>					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE	35	LEITO	408-2	DATA	22/11/2018
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				Manter
4	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA				16.
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SN
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H OU 1CP 500MH VO 6/6HR				12 18.24 06
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				06.
14	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
15	CURATIVO DIÁRIO				M
16	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR				12 18.24 06
17					
18					
19					
20					
<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ; 351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,  
COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO




SINAIS VITAIS					Dr Marcos Aguiar CRM 1995 Residente De Ortopedia e Traumatologia
6 H	PA	FC	FR		
12 H	100x60	—	—	36°C	
18 H	100x60	80	18	36,1	
24 H	140/80	88	—	36,4	



06 140/80 84 — 36,6



09



**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**  
**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		GILVAN A. LEMAY			
DIAGNÓSTICO		LESÃO PATEL NOVA EM JOELHO ①			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA 19/11/18	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				manhã
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H				12:00
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				12:00
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				12:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				12:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
13	CUNDAWICINA 600mg EV 6/6h				14:00
14	LEVOPROMETACINA 950mg EV 1x18h				22:00
15					
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 D/LML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					


ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
R. Carlos João Bezerra, 484 - Boa Vista - PE

SINAIS VITAIS				
6 H	145x80	87	36.2	20
12 H	154x93	86	35.9c	19
18 H	143x83	95	37.7c	19
24 H	129/72	90	36,5°C	-

9:30hs. Realizada banho no leito.



**Tereza R. A. Batista**  
Téc. Farmácia  
CORPM - R# 71579



408 -- 2



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Valdenor Alves Barbosa, 35 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 05 / 12 / 18, COM  
DIAGNÓSTICO DE Lesão por tração da articulação do ombro direito (E)  
NO DIA 05 / 12 / 18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
SENDER

OPERADO PELO DR. Dr. Odinachi Okemir E DR. Dr. Odinachi Okemir

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 05 / 12 / 18, ÀS 12,00h, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 12 / 12 / 18, ÀS 13,00h, COM O  
DR. Dr. Odinachi Okemir

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

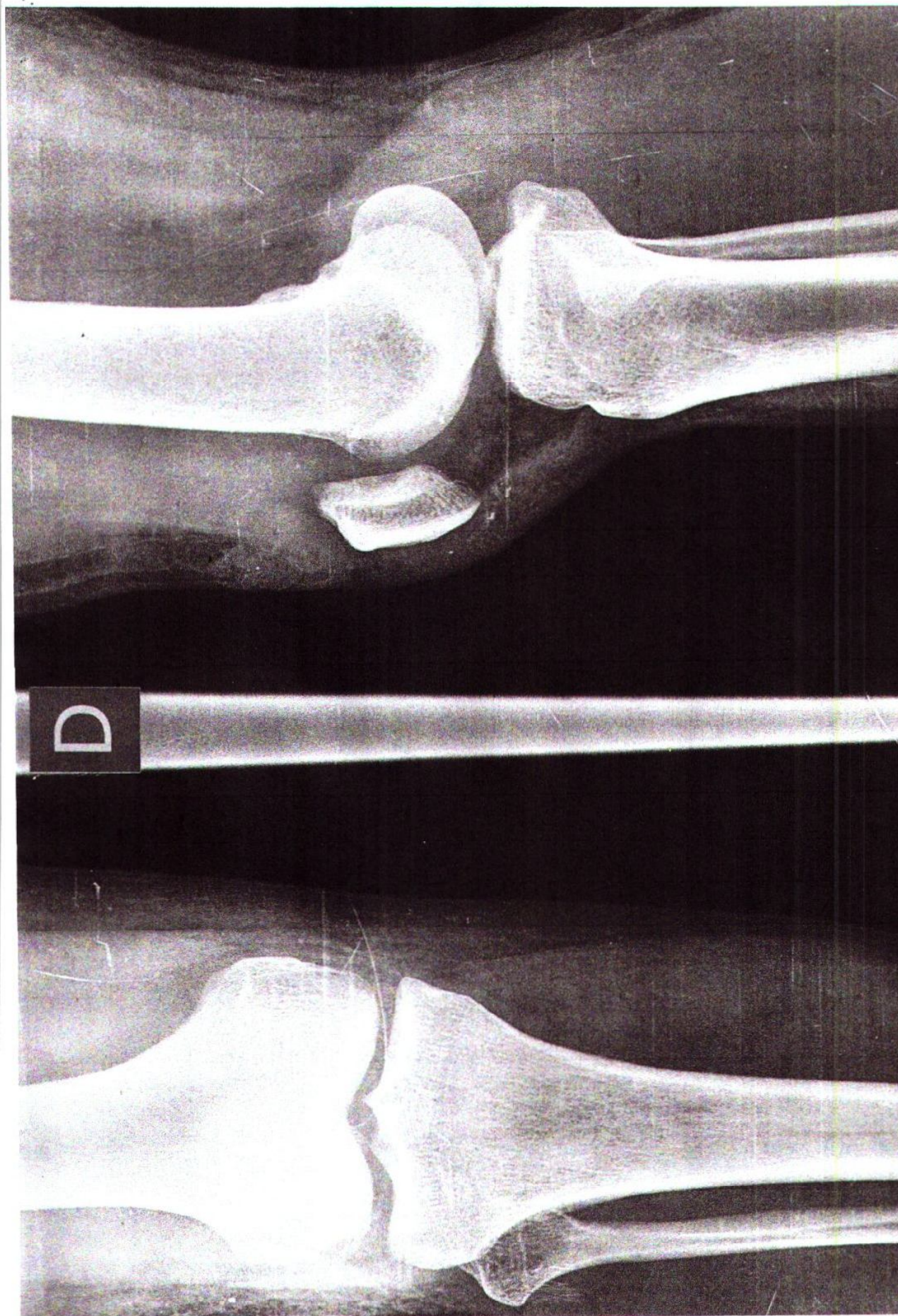


PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Dr. Odinachi Okemir

BOA VISTA, 05 / 12 / 18

Dr. Odinachi Okemir  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 15.545





SILVAN ALVES DE ARAUJO

14481

HOSPITAL CORONEL MOTA

12/12/2018

Francineide

70,8 %





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	781032582-53	GILVAN ALVES DE ARAUJO
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo:		CPF:
GILVAN ALVES DE ARAUJO		781032582-53
Profissão:	Endereço:	Número:
FRONTISTA	RUA MIGUELDO CONCEICAO GUTIERREZ	1920
Bairro:	Cidade:	Estado:
PINTOLANDIA	Boa Vista	PR
E-mail:	CEP:	Complemento:
	69316-740	CASA
	Tel.(DDD):	

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**REDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0653 013 CONTA: 00131746 9	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação de invalidez permanente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário

Local e Data, Boa Vista/PR 13/05/2019

Nome: GILVAN ALVES DE ARAUJO

CPF: 781032582-53

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gilvan Alves de Araujo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



**Elektrobras**  
Distribuição Roraima

Para contato com a  
Elektrobras, informe  
este NÚMERO

**SEU CÓDIGO**  
0033651-3

Elektrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Ené Gomes, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.057.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Imposto de Renda autorizado pela SEFAZ 366/13

Nº da Nota Fiscal: 001651671

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pelo Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	06/11/2018	413	222,20

EDILEUSA ALVES DO NASCIMENTO  
R. NIVALDO CONC GUTIERREZ 1720 PINTOLANDIA  
CPF: 00016422414234  
CEP: 69.316-740 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.10.080500

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual	Anterior	Atual	Anterior
25257	24844	19/10/2018	19/09/2018
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	21/11/2018
Consumo Medido	413	Emissão	18/10/2018
Consumo Estimado	413	Acomodação	19/10/2018

Tipos de Iluminação: NORMAL

Classe/Subclasse: DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Localidade	Número Unidade	Índice	Código Vel	Medo 12 meses
RESID. BX. RENDA	BI	1310007040H	2404486	1.4.1.1	306

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano	Consumo	Descrição	Valor
SET/18	300	CONSUMO	30 A R\$ 0,196352 = 5,89
AGO/18	320		70 A R\$ 0,336605 = 23,56
JUL/18	206		120 A R\$ 0,504914 = 60,58
JUN/18	311		193 A R\$ 0,561013 = 108,27
MAI/18	227	REVENÇÃO BAIXA RENDA	36,71
ABR/18	326	CORRECAO MONETARIA DA 03/18-00	0,03
MAR/18	317	CORRECAO MONETARIA 03/18-00	0,45
FEV/18	307	MULTA POR ATRASO DE 03/18-00	0,56
JAN/18	274	JUROS DE MORA POR 03/18-00	0,11
DEZ/17	387	MULTA POR ATRASO DE 03/18-00	2,88
TARIFA SEM TRIBUTOS:		JUROS DE MORA DE 03/18-00	0,91
0 A 20		ILUMINACAO PUBLICA	18,96
21 A 30			
31 A 40			
41 A 50			
51 A 60			
61 A 70			
71 A 80			
81 A 90			
91 A 100			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano: 09/2018  
Valor: R\$ 159,37

CASO HAJA COBRANCA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) P  
ODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.  
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO: 214A.D72F.9696.6E30.2B68.C490.D704.AA35

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Item	Valor	Item	Valor
Distribuição	59,71	Base de Cálculo	198,30
Energia	95,51	Alíquota ICMS	17,00%
Transmissão	0,00	Valor do ICMS	33,71
Encargos	3,97	Valor do PIS	0,95
Tributos	39,11	Valor do COFINS	4,45

INDICADORES DE CONTINUIDADE

D/C		F/C		D/C		F/C	
Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor
1	8,45	16,91	33,82	8,46	16,92	33,84	4,65
2	3,01			8,00			
3						1,23	

DISTRITO

08/2018

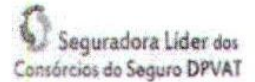
56,28

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 MAI 2019

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

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0159712/19

**Vítima:** GILVAN ALVES DE ARAUJO

**CPF:** 781.032.582-53

**Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/11/2018

**Titular do CPF:** GILVAN ALVES DE ARAUJO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**GILVAN ALVES DE ARAUJO : 781.032.582-53**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência



### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/05/2019  
Nome: GILVAN ALVES DE ARAUJO  
CPF: 781.032.582-53

GILVAN ALVES DE ARAUJO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/05/2019  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190320523

Vítima: GILVAN ALVES DE ARAUJO

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), GILVAN ALVES DE ARAUJO**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00797/00798 - carta\_04 - INVALIDEZ



Carta nº 14328618



VALDENOR GOMES  
ADVOCACIA E CONSULTORIA

---

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA**

**OUTORGANTE: GILVAN ALVES DE ARAUJO**, brasileiro, solteiro, vigilante, portador do RG 195746 SSP/RR e CPF 781.032.582-53, sendo este residente e domiciliado na Rua Nivaldogutierrez, 1720, Bairro Pintolandia, Estado de Roraima.

Declaro para os devidos fins Legais que sou hipossuficiente financeiramente na forma da lei (Lei nº 1.060/50, artigo 5º parágrafo 4º) não dispondo de recursos ou condições para arcar com as despesas e custas processuais sem prejuízo ao meu próprio sustento e de minha família.

Por este motivo, suplico a vossa excelência, que se digne em conceder os benefícios da justiça gratuita, tudo de conformidade com artigo 1º, Lei nº 5478, de 25 de julho de 1968.

Pelo qual firmo a presente declaração ciente de todas as condições legais.

Boa Vista – RR, 03 de maio de 2019.

*Gilvan Alves de Araújo*

**GILVAN ALVES DE ARAUJO**