



**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 Pitolandia, 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





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

522474

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

Orgem: 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)

Bairro: Zona Rural

Leradouro: Estrada do Urubuzinho

Ponto de Referência: Próximo à Fazenda do Anchieta

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: 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

Leradouro: 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.



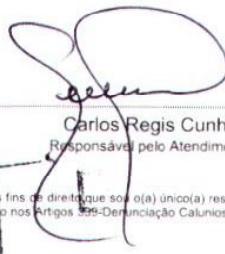


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013987/2019

ASSINATURAS



Carlos Regis Cunha
Responsável pelo Atendimento



Gilvan Alves de Araujo

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins da direta que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e cliente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 329-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

09 MAI 2019
AGENTE DE POLICIA
CONFERIDO
MAT. 42000372

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



18/11/2018

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1^a Classificação
 Secretaria de Estado da Saúde
 Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
 Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

... Guia de Atendimento 17 ...

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Rosânia Gomes da Silva
 Aux. Serv. Saúde

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

23-11-18

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	Nacionalidade	
IDENTIDADE	195746	SSP/RR	05/11/1997	M	BRASILEIRA	
Mãe	EDILEUSA ALVES DO NASCIMENTO			Pai	Contato	
Endereço	FRANCISCO FELIX DE ARAUJO					Ocupação
RUA - NIVALDO DA CONCEICAO GUTIERREZ - 1720 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR						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		Procedimento Sol.		
Setor	Tipo de Chegada				Registrado por:
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA				KAREN.GARCIA
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				

ACIDENTE 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)

PCTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO. RETIRADA DA SITUAÇÃO
 EM JOELHO (D). NEGA ATENÇÃO

Exame Físico

BEG, ACC GOMOS, HEMATOMA, ERUPÇÃO
 LESÃO CORPO-CUTÂNEO EM JOELHO (D)

Hipótese Diagnóstica

FRACTURA DE JOELHO (D) ?

SADT - Exames Complementares

RAIOS-X ULTRA-SONO TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

(D) TILAZIL 40 mg (EV)	NE	QHS Fisiológico
(D) DIPRIVONA 20 mg (EV)		AC ORTO
(D) CEFALOTINA 1g (EV) s/ergante		
(D) folicina 600 mg s/ergante. - 03/6/19		
(D) cloridrato de cetoconazol 200 mg (EV) fer. - 03/25		
(D) ATT 0,5 ml i.m. em gen. - 20/05/19		

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 MAI 2019

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

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

Arlopes

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Ismael
 Médico
 CRM-RR 2015



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.

Rosânia Gomes da Silva
Aux. Serv. Saúde

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

23-11-16

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	Estado Civil						
IDENTIDADE	195746	SSP/RR	05/11/1997	M	SOLTEIRO(APARDA)						
Mãe				Pai	Naturalidade						
EDILEUSA ALVES DO NASCIMENTO				FRANCISCO FELIX DE ARAUJO	BOA VISTA - RR						
Endereço	RUA - NIVALDO DA CONCEICAO GUTIERREZ - 1720 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR					Ocupação					
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.	Pressão						
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA										
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por						
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA				KAREN.GARCIA						
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue										
<i>Queda de moto</i>											
Anamnese de Enfermagem	<table border="1"> <tr> <td>GSC</td> <td>TOTAL</td> </tr> <tr> <td>AO: 1 2 3 4</td> <td>RV: 1 2 3 4 5</td> </tr> <tr> <td>MRV: 1 2 3 4 5 6</td> <td></td> </tr> </table>					GSC	TOTAL	AO: 1 2 3 4	RV: 1 2 3 4 5	MRV: 1 2 3 4 5 6	
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)	<i>Pete vítima de acidente de moto. Retornou de São Paulo (D). Negó ferimentos</i>										
Exame Físico	<i>BEG, aco gonado, Hirsutismo, Erupções Lesão contusão no tórax em São Paulo (D)</i>										
Hipótese Diagnóstica	<i>FRACTURA DE JOELHO (D) ?</i>										
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:										
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO							
<i>(1) IMA 40 g EU (2) DIPRIVON 28 EU (3) CEFALOTINA 1g EU</i>				<i>dhsema ou CC ACE ORTO</i>							
<i>(1) gelar em spray alveolar. - 09/08/19 (2) Clorfeniramina 60 mg (D) jne. - 09/08/25 (3) ATT 0.5 ml i.m gen. Zefit</i>											
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:										
Óbito	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / /										
Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não	Destino: () Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica									
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico								
<i>Arlopes</i>			<i>Dr. Isabela da Silveira 1801036249 09/11/2018</i>								
Impresso por: karen.garcia Data/Hora: 18/11/2018 02:41:49			 Certifico e dou fé que a presente cópia é igual à original. Dr. Isabela da Silveira 1801036249								

Dr Pobret

Tranorte este e jecle D

Ef: lere pnt mls

X nāo fei grubh f.

PS: AO C.C PLAC.

3:40h
Dr. Marcos Aguiar
Anatomista
CRM-RR 1395



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.

Rosânia Gomes da Silva
 Aux. Serv. Saúde

Reclassificação
 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	Frontário
GILVAN ALVES DE ARAUJO		25/10/1983	35 A 0 M 24 D	703400748507200	78103258253	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	195746	SSP/RR	05/11/1997	M	SOLTEIRO(A)	PARDA
Mãe					BOA VISTA - RR	Nacionalidade
EDILEUSA ALVES DO NASCIMENTO						BRASILEIRA
Endereço						Ocupação
RUA - NIVALDO DA CONCEICAO GUTIERREZ - 1720 - PINTOLANDIA - BOA VISTA - RR						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		Procedimento Sol.			
Sector	Tipo de Chegada				Registrado por:	
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA				KAREN.GARCIA	
Queixa Principal	_____ Queda de moto					
_____ <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						

Anamnese de Enfermagem

GSC
 AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Pete vítima de acidente de moto. Relata lesão no joelho (D). Negó alergia

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Exame Físico

BEG, aco gatos, hirsutismo, tórax c
 lesão joelho esquerdo em joelho (D)

13 MAI 2019

Hipótese Diagnóstica

Fratura de joelho (D) ?

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Boaventura, 484 - São Vicente - SP

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

(1) TILATIL 40 mg (EV)		
(2) DIPRIVONA 2g (EV)		
(3) CEFALOTIN 1g (EV) suspensão		
(1) gelar em spray algodão. +038451		
(1) Clorfenirina 60 mg (EV) jne. +038451		
(1) ATT 0.5 ml i.m. gen. Zef		

Conduta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Revelia
- Transferência para:

- JOHN BAPTISTE*
- Ambulatório
 - Observação (Até 24h)
 - Internação

Data e Hora da Saida/Alta: / /

Óbito

Antes do 1º Atendimento? Sim Não

Destino: Família

IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

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

Arlopes

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. *José da Silva*
 Médico
 CRM-RR 2016



BLOCO D.
LÁBORA PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

05.12.18
Válida

Gelva Alis de Araúz
2033400748507200
Cedi leusa Alves do Nascimento

3 - DATA DE NASCIMENTO:
25/10/83

4 - FONE DE CELULAR:
e69280

m

5 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 01.000

- JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Jeron portas nobs e jelle (D)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Getúlio Vargas, 484 - Boa Vista - PR

Araúz

Exa fir

PROCEDIMENTO SOLICITADO

56 - CODIGO DO PROCEDIMENTO:

Jeron portas nobs jelle (D)
Ort
n Patru

13/11/19

CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

Dr. Marcio Reis da Costa
CRM-MR 18396
Onopediatra e Residência em
Medicina Legal

FAZENDA / 1 - QUEM PREGOU / 2 - LAR SENIOR

AUTORIZAÇÃO

42 - COD. ORGANIZAÇÃO:

0415040038
R02
T013
V299

18/11/19



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 19/05/13 OS: _____

Gelvan Celso ob feroya

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: flexão para trás e feche (D)
INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: LMC em portas trás do feche D
TIPO DE INTERVENÇÃO: _____
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGÃO: Dr. Patrick 1º auxiliar: _____
2º auxiliar: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º auxiliar: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Rot D DR + Consol.
2. Amp + Ultrasound
3. LMC traseira em fech (D) + meter +
4. RFA



Marcos Aguiar
Dr. Marcio Aguiar
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 164
CRM-CE 164

Patrick Ruberto José
CRM-RN 164
CRM-CE 164
Ortopedista



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
— “Amazônia Patrimônio dos Brasileiros” —

FICHA DE ANESTESIA

“Amanhã Patrimônio das Beiras”

Gelover alles de Arsyo, 380 afgeraden

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO										Nº	18.11.2018			
4h														
A G E N T E S	N 20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	
	02													
LÍQUIDOS VENOSOS	A V P	144 S D	500										500	
DA X	*C	240	100 100											
ULSO ●	38	220												
ES X	36	200												
OP O	34	180												
TEMP □	32	160												
ASPIR. A	30	140												
RESP O		120												
		100												
		80												
		60												
		40												
		20												
Export														
Assist														
Contro														
SÍMBOLOS														
		1	0.1											
AGENTES			DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES									
A	Nicotina 7mg			Roquem liso turba										
B				az suav. cr										
C														
D														
E														
F														
G														
GLICOSE	LÍQUIDOS	500 ml		Câncula - Naso / Oro Faringeia Naso / Orotraqueal - Cega 26/m Bai - Timp - Calibre do Tubo Sob Máscara										
NOCD				Dificuldade Técnica										
SANGUE														
				TEMPO DE ANESTESIA										
TOTAL	500ml			4:29 or 4:56										
OPERAÇÃO			Isogem ferido traumático pelo (2)										ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 13 MAI 2019	
													GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão Júlio Bazzza, 484 - São Vito - PR	
ANESTESIA			In fibra (R3)		CÓDIGO	CIRURGIAO		PERDA SANGUINEA						
						Dr. Moro		wcm						

Bruno Thiago O. C. P. M.
MÉDICO
CRM-RR 1005



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGI

35 anos		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
NOME DO PACIENTE <i>Gilson Alves de Araujo</i>				18 11 18	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Lavagem de ferida traumática joelho		INICIO 04:30	FIM 05:02h	TEMPO TOTAL	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO <i>Dra.</i>		ANESTESISTA: <i>Dr. Fabio R3</i>			
1º AUXILIAR <i>Dr. Marcus Aguiar R1</i>		RES. ANESTESIA:			
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
TÍP. DE ANESTESIA: <i>Rogério</i>		CIRCULANTE <i>Baura, Soares, Isabel</i>			
TEMPO DE DURAÇÃO:					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO <i>500ml</i>	
41	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
41	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
41	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
41	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
41	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
50	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº <i>22</i>			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUAÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
5	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS:	

contato 03 1 MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALO
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Renata</i> <i>Stefany</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB- TOTAL
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA	SOMA
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

13 MAI 2019

Bloco F / lt. (09)

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



Governo de Roraima
Hospital Geral de Roraima



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN
PACIENTE	<i>Gilvan A. Coray</i>			
DIAGNÓSTICO	<i>Lésão parox. moltos enjoeios</i>			
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE		LEITO	DATA	<i>18/11/13</i>
ITEM	PREScrição		HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE		SND	
2	AVP		MANTER	
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H	<i>Negar</i>	ATENÇÃO	
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H		<i>12h 24</i>	
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 5/6H		<i>04 10 16 22</i>	
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 DIARIO		m	
12	SSVV + CCGG 6/6 H		retira	
13	<i>Clindamica 600 EU 6/6h</i>		<i>08 14 20 02</i>	
14	<i>Sevofloran 500 C.V 1+1/2</i>		<i>10*</i>	
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:



DR. MARCOS AGUIAR
CRM-RN 995
OAB-RN 10109/95

SINAIS VITAIS				
6 H	130 + 80	80		36°
12 H				
18 H				
24 H				

F. 09

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	GILVAN A. LERAY				
DIAGNÓSTICO	Lesões Anais nôtes em joelhos (R)				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	18/11/2018	
ÍTEM	PREScrição				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				o manter
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12° 18° ZT C6
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				ZT
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN				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	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rötivar
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				S/N
14	CURATIVO DIARIO				curativo
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				140° 20° 02° 08°
16	Anticoagulante 50mg ev ix 10ml				
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				S/N
19					
20					

Evolução médica:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA



Dr. Marcus Brunner
Médico
CRM/RR 1917

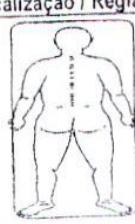
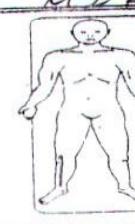
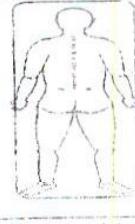
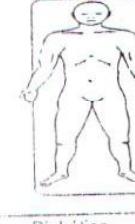
MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

SINAIS VITAIS				
6 H	148/100	84.	36.7°C	
12 H	150kg	86	35.6°C	19. (Z)
18 H	30/72	94		
24 H	143/86 -	97 -	38.1°C	



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 | Versão 06 | Fevereiro 2013
Atualizada: Janeiro / 2015
ENF/LEITO: 4022

 24.11		Localização / Região <i>UED</i>  	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região  
Etiologia: <input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:			
Tamanho da ferida: Comprimento _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm			
Necrose do leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara			
Qualidade do exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante			
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo			
Odores: <input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor			
Cor e textura da pele: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras			
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Cobertura primária: <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> AGE	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde			
Próxima troca: <input type="checkbox"/> em caso de + de 24hs	<i>Dicaino</i>			
assinatura: <input type="checkbox"/> 01- <i>Yane</i> <input type="checkbox"/> 02- <i>Q</i>	<input type="checkbox"/> 01- <input type="checkbox"/> 02-			
Assinatura do Enfermeiro: <input type="checkbox"/>	OBS: <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; text-align: center;"> ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO <i>13 MAI 2019</i> GENTE SEGURADORA S/A <small>Av. Getúlio Vargas, 144 - Boa Vista - RS</small> </div>			

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN		
PACIENTE GILVAN ALVES DE ARAUJO				
AGNÓSTICO	LESAO PARTES MOLES EM JOELHO D			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	35	LEITO	408-2	DATA 22/11/2018
ÍTEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	AVP			Manten
4	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA			16.
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			SN
8	PLASIL10MG EV 8/8H S/N			SN
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H OU 1CP 500MH V0 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				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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



SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	100x60	—	—
18 H	110x81	80	18
24 H	110/70	88	—
06	140/80	84	—

Dr Marcos Aguiar
CRM 1995
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	LAI LUVAN A. VENAEY			
DIAGNÓSTICO	hérnias Pantos menses em JOGOS ①			
ALERGIAS	HAS		DM2	
IDADE	LEITO		DATA	19/11/18
ÍTEM	PREScrição			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SM
2	AVP			Madr.
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H			02/06
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H			02/06
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H			02/06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			02/06
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			SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11	CURATIVO DIARIO			
12	SSV + CCGG 6/6 H			
13	CUNDAMicina 600 mg EV 6/6 horas			02/06
14	Levo Fluconazol 900 mg EV. 1x1 dia			02/06
15				
16	Dr. M. G. P. T. (Assinatura)			
17	C. V. (Assinatura)			
18	C. V. (Assinatura)			
19	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 DM/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:				
<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; text-align: center;"> ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 13 MAI 2013 GENTE SEGURADORA S/A Av. Ceará João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR </div>				
SINAIS VITAIS	6 H	145x80	87	36,2
	12 H	154x93	86	35,9°C
	18 H	143x83	95	37,7°C
	24 H	128x72	90	36,5°C

9:30hs. Realizado banho no leito.

Tereza R. A. Batista
Técnica Enfermagem
COPAN - RX 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 Elvian Alves Da Costa, 35 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 1 / 1 / 18, COM
DIAGNÓSTICO DE Lm. Mota. Hlnt. Fractura joelho (E)

NO DIA 1 / 1 / 18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

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

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 12 / 12 / 18, ÀS 13,00hs, COM O
DR. Patrício

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.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

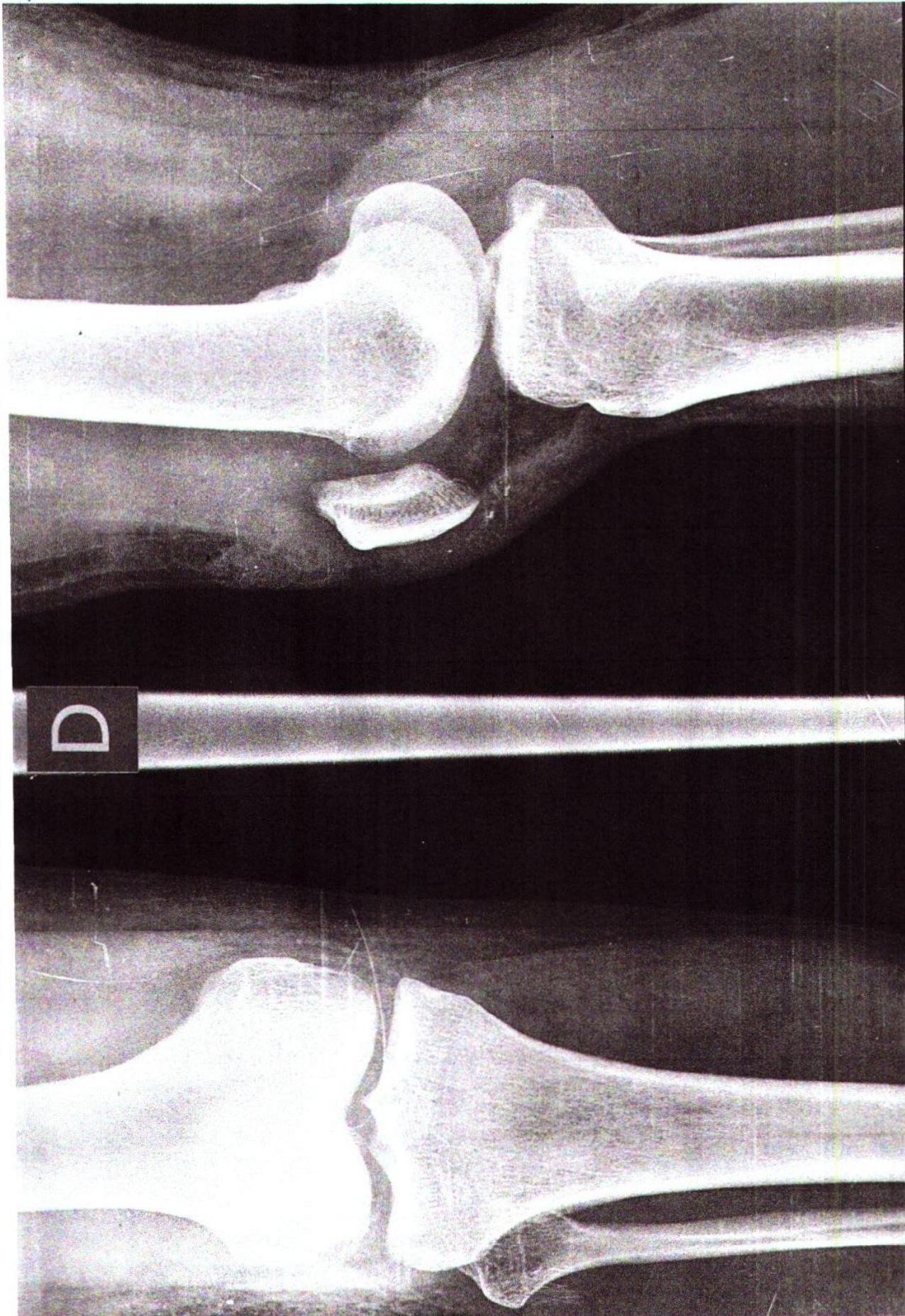
13 MAI 2019

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR Patrício

BOA VISTA, 05 / 12 / 18

Dr. Odimachi Okemir
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 18236
FAP-RR



SILVAN ALVES DE ARAUJO
HOSPITAL CORONEL MOTA

14481

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:

781032582-53

Nome completo da vítima:

GILVAN ALVES DE APARECIDA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

GILVAN ALVES DE APARECIDA

CPF:

781032582-53

Profissão:

FRENTISTA

Endereço:

RUA MUNICIPAL CONCEIÇÃO GUTIERREZ

Número:

1220

Complemento:

CASA

Bairro:

PINTOLANDIA

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69316-740

E-mail:

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0653 012

CONTA: 00131746 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 benefícios permanentes 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.

13 MAI 2019

GENESE SEGURADORA S/A

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: _____ Falecidos: _____

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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 (não alfabetizado)

Local e Data: Boa Vista/RR 13/05/2019
Nome: GILVAN ALVES DE APARECIDA
CPF: 781032582-53

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Gilvan Alves de Araujo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

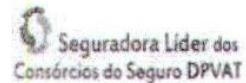
Assinatura

(*) 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.



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 médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GILVAN ALVES DE ARAUJO : 781.032.582-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 MAI 2019

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

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GILVAN ALVES DE ARAUJO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



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, 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





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 Pitolândia, 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 dispendo 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