

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SOLIMAR LUIS LEAL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000029696-9

Nr. da Autenticação 4711D15100DE66C5

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190077540

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SOLIMAR LUIS LEAL

Data do acidente: 23/10/2018

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO. P14

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CUPULECTOMIA) E ALTA. P23 24

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190077540

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SOLIMAR LUIS LEAL

Data do acidente: 23/10/2018

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME, DOR E EDEMA NO LOCAL, FORÇA PRESERVADA E PERDA PARCIAL DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE GRAU LEVE POR BLOQUEIO ARTICULAR DE COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO COM REMOÇÃO DA CABEÇA DO RÁDIO (CUPULECTOMIA).ALTA HOSPITALAR E ALTA DA ORTOPEDIA. REALIZOU 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL EM COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/04/2019

Conduta mantida:

Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU LEVE DE COTOVELO ESQUERDO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190077540

Vítima: SOLIMAR LUIS LEAL

Data do Acidente: 23/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SOLIMAR LUIS LEAL

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **SOLIMAR LUIS LEAL**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000003027**

Conta: **0000029696-9**

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



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190077540
Nome do(a) Examinado(a):	SOLIMAR LUIS LEAL
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA RISOS DO PRADO 126 4 PRICUMÃ
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	769.477.003-10
Data e local do acidente:	23/10/2018 BOA VISTA RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 23/04/2019

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

PERICIANDO APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO + BOLETIM DE OCORRÊNCIA + CÓPIA DO PRONTUÁRIO + RAIOS X

PERICIANDO VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO:

DIAGNÓSTICO: FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRURGICO COM REMOÇÃO DA CABEÇA DO RÁDIO (CUPULECTOMIA) (06/11/18)

ALTA HOSPITALAR E ALTA DA ORTOPEDIA

REALIZOU 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

- DOR E EDEMA NO LOCAL

- FORÇA PRESERVADA

- PERDA PARCIAL DE ADM DE GRAU LEVE POR BLOQUEIO ARTICULAR

IV) Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

PERDA ANATOMO FUNCIONAL DE GRAU LEVE DE COTOVELO ESQUERDO

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): COTOVELO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo


Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) .* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Lael da Silva
Médico
CRM-RR 2015

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

LAEL DOS SANTOS DA SILVA - Registro no CRM: 2015 - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013042311260
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

01 003322B3816 2018

GEIZA PRINHA SOUZA DE SOUZA

RR

764.552.002-20

764.552.002-20

PAS/MOTONE

YAMAHA/T115 CRUYTER ED

2P/0114CE/

I *PRG0*

V **PRG0* COIN UNICA

SEGURO OBRIGATORIO

ALFID. V. PRINHA SOUZA DE SOUZA DIDA * P
ROIBS 01/01/2018 01/01/2018 001637292
I RR MAO VALUAD. 01/01/2018 01/01/2018

BBB VISTA-RR 26/09/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
FRANQUEADOR OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013042311260 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

764.552.002-20
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
540 DPVAT 0800 022 1204

2018 26/09/2018

764.552.002-20

YAMAHA/T115 CRUYTER ED

2018

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ 1.29

R\$ 1.29

R\$ 1.29

SEGURADORA LIDER - DPVAT

0800 022 1204

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Baurz, 444 - Boa Vista - RR



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.

1801025880 23/10/2018 10:03:55 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 10

Paciente SOLIMAR LUIZ LEAL Data Nascimento 24/01/1978 Idade 40 A 8 M 30 D CNS CPF Prontuário

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo M Estado Civil NAO Rapa/Cor PARDA Nacionalidade BRASILEIRA

IDENTIDADE NI Mãe FRANCISCA FONTES DE OLIVEIRA Contato (95) 99128-4608 Ocupação

Endereço RUA - RISOS DO PRADO - 126 - PRICUMA - BOA VISTA - RR

Class. de Risco Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

Setor GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada SAMU CAPITAL Procedimento Sol. Registrado por: DANIEL VIANA

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

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA) : h) *Acidente intimo de acidente de motocicleta*

Ci transe am. chumbo

Exame Físico *Cori*

Hipótese Diagnóstica

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

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

Atende a dor *29* *ortopedia*

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Condição ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☐ Transferência para: *Ortopedia* Data e Hora da Saída/Alta: / /

Óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Análise Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico

Ingresso por: daniel.viana Data Hora: 23/10/2018 10:06:36

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880

1801025880



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

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 23

Paciente **SOLIMAR LUIZ LEAL** Data Nascimento **24/01/1978** Idade **40 A 8 M 30 D** CNS **NI** CPF **168543** Prontuário **168543**
 Tipo Doc **IDENTIDADE** Documento **NI** Órgão Emissor **NI** Data Emissão **NI** Sexo **M** Estado Civil **NAO** Raça/Cor **PARDA** Nacionalidade **BRASILEIRA**
 Mãe **FRANCISCA FONTES DE OLIVEIRA** Contato **(95) 99128-4608**
 Endereço **RUA - RISOS DO PRADO - 126 - PRICUMA - BOA VISTA - RR** Ocupação **NI**

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

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

Acidente automobilístico (moto - carro)

Anamnese de Enfermagem **GSC** TOTAL **AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - **14:00** h)
paciente deu entrada após acidente com lesão e limitação de movimentos (cotovelo) Esquerdo.

Exame Físico
Lesão, BCG, não doloroso, hidratado, Anestesia, febril e normotensão.

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

*Dipirona 1g
 Fenacetil 20mg > 6v 14/50*

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JAN 2019

Conduta

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

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Batista, 444 - Boa Vista - RR

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

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ Internação ☐ Medicina Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia.soares
 Data Hora: 23/10/2018 14:11:02



1801025989

Atento Fe

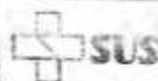
agrad.



Paulo Roberto Echeverren Junior
Médico CRM 12197

Intimação





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

91051010618194150718191513

8 - DATA DE NASCIMENTO

24/01/78

6 - N° DO PRONTUÁRIO

168543

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

FRANCISCA FONTES DE OLIVEIRA

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

FAIXA colorida (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Curva

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame fsc + TC + Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

FAIXA colorida (E)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

Unif

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Unif

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Rogeri

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

23/10/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ EMPRESA

38 - N° DO B'ULETE

39 - SÉRIE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

23/10/18

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

0308010019

T068

5520

V299



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



Solimar

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Solimar Leuz Heil				
DIAGNÓSTICO	R14 + cotovelo (E)				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO		DATA		23/10/18
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				12h
2	AVP				manhã
3	CEFALOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 6/5H				12h
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				12h
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				12h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				12h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				12h
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12h
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				12h
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12h
11	CURATIVO DIÁRIO				12h
12	SSVV + CCGG 6/6 H				12h
13					
14					
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 DULML, GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

SINAIS VITAIS

6 H			
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. M. C. G. G. G.
Ortopedia e Traumatologia



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	V1
PACIENTE	SOLIMAR WIZ LEAL			
DIAGNÓSTICO	Fratura Uxago cotovelo (E)			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	DATA	24/10/19	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SV
2	AVP			manh
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H (S/S/P)			
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			2
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			2
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			2
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N			2
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			2
11	CURATIVO DIARIO			manh.
12	SSVV + CCGG 6/6 H			manh.
13	Dr. Marcelo Marinho			
14	Médico Ortopedista			
15	Ortopedia e Traumatologia			
16	HGR - RORAIMA			
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:				

AO BLOCO

Regulado para leito
117-10
Regulação Interna
Médico
CRM-RR 1208

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	146x98	76	17	36.1
12 H	128x77	72 bpm	20	35.5°C
18 H				
24 H				
23:00	120x79	78		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE *Setimo Luiz Seal*

AGNÓSTICO *de*

ALERGIAS NEGA HAS *NÃO* DM2 NÃO

IDADE LEITO *112/1* DATA *25/10/2018*

ITEM HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE *alenas livre* *SND*

2 SF0,9% 500ML S/N EV *SN*

4 TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N

5 DÍPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS *12 18*

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) *SN*

8 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

9 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

10 CURATIVO DIÁRIO

11 SSVV + CCGG 6/6 H

12 CEFALOTINA 1 G 6/6HR EV *suspensão*

13 *Pupativo*

14 *Relina*

16 *Susp.*

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 QU GLICOSE ≤ 70 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	137/73	74		—
12 H	140/90	85		35.3
18 H	110/70	80		36.5a
24 H	127/84	87		36.7

MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA
 TRAUMATOLOGIA
 MARCOS AGUIAR
 CRM 1995 RR

*82:00 25/10/2018 - pt no leito, Verificado SSVV, adm. medicações de horário
 c... san. Queixas algias e segue os cuidados.*

Manoel
 Manoel de Fátima R. Silva
 Téc. de Enfermagem
 COREN-RR 431581 TT

Plantão Noturno

*Adm. medicações CPN. Aferido
 SSVV. segue os cuidados da en-
 fermagem.*

Sorata
 Tén. em
 COREN-RR 431581 TT

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	SOLIMAR LUIZ LEAL				
AGNÓSTICO	FX CABEÇA RADIO E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	SIM	DM2	NÃO
IDADE	40	LEITO	117-1	DATA	26/10/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE PARA HAS				SND
2	SF0,9% 500ML S/N EV				
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS S/N				
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)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				Curativo
11	SSVV + CCGG 6/6 H				Relina
12					
13					
14					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	Box 90	78		36,3	
18 H	Box 90	75			
22 H	116x71	66		36,3	
					MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR

26/10/18 Plantão Noturno. Paciente em repouso no leito
 sem medicação de horário. Afundado SSVV. Segue o l. anexa

Região
 Gekivânia da C. Lima
 Técnica de Enfermagem
 COREN-298.776

OK

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE SOLIMAR LUIZ LEAL					
DIAGNÓSTICO FX CABEÇA RADIO E					
ALERGIAS	NEGA	HAS	SIM	DM2	NÃO
IDADE	40	LEITO	117-1	DATA	23/10/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE PARA HAS				SND
2	SF0,9% 500ML S/N EV				SN
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SN
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS S/N				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	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO Rotina
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12					
13					
14					
16					
SE DIABÉTICO, CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR
6 H	120/80	82		36°	
12 H					
18 H	110x62	74			
24 H	120/80	80		36°	

Ob. Em repouso no leito
Atual sem ferida aguardando
um fto. de EPR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - TO (95) 3124-0620
AUTENTICADO
23 JAN. 2019
Certifico aqui Fé que a presente
cópia é fiel ao Original
que foi apresentado neste Hospital

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	SOLIMAR LUIZ LEAL				
DIAGNÓSTICO	FX CABEÇA RADIO E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	SIM	DM2	NÃO
IDADE	40	LEITO	117-1	DATA	28/10/2018

ITEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE PARA HAS	SW
2	SFO,9% 500ML S/N EV	SW
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	SW
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS S/N	SW
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	SW
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SW
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SW
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SW
10	CURATIVO DIÁRIO	SW
11	SSVV + CCGG 6/6 H	SW
12		
13		
14		
16		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

NAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	110/70	71	-	-	MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR
12 H	124/75	75	-	36.5c	
18 H	143/93	80	-	35c	
24 H	126/86	78	-	-	

NO

12h feito Aup gelco 20
MS D.

18h pt no leito sem queixas
SW feito sem queixas
segue aos cuidados da
Enf: Jec Baleti

Desospitalizado
29/10/18

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel: (95) 2124-2620
AUTENTICAÇÃO
23 JAN. 2019
Certifico que se trata da presente
cópia autenticada do Original
que foi apresentada neste Hospital



Assinatura do médico do consultório



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

DECLARAÇÃO:

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que consta registro de **SOLIMAR LUIZ LEAL** e retifica-se por: **SOLIMAR LUIS LEAL**, RG; 1636692 SSP/SP, deu entrada no **PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELEBÃO (GRANDE TRAUMA)** no dia **23/10/2018**, às **14 horas e 09 min.**, por motivo de **URGÊNCIA (ACIDENTE DE MOTO)**, recebendo os cuidados da equipe de plantão, conforme o Registro de Atendimento nº **1801025989**.

Boa Vista-RR 23 de JANEIRO de 2019.



E



61.1%

SOLIMAR LUIZ LEAL

4/1/2019 17:31:56



66.1%

4/1/2019 17:31:56

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ROSANGELA



E

78,1 %

23/10/2018 10:30:19

SOLIMAR LUIZ LEAL

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



E

78,1 %

23/10/2018 10:30:19

TR. SAMARA / ED FRANCILENE

E



83.1 %

23/10/2018 11:57:16

SOLIMAR LUIZ LEAL

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



80.0 %

23/10/2018 11:57:16

TR. NASCIMENTO / ED. ROSANGELA

NOME:

Souza

Paciente Selenius Lee Seil,
deu entrada no HGR no dia
23/10/18, com diagnóstico de fratura
de costela (E). No momento encontra-se
internado, no aguardo de cirurgia,
sem previsão de alta no momento.

DATA:

26, 10, 18

ASSINATURA E CARIMBO

Hospital Geral de Roraima,
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, s/n, Aeroporto.
Fone: (95) 2121-0638, 2121-0611

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
RUA DE FÁBIO, 404 - Boa Vista - RR

NOME: Soleino Leq Seal

HCM

Dr. Paulo 14/11/18 - 134:

FX / LX Cotonudo (E)

RX Cotonudo (E) - AD
- Pbl

- aguardando entrega

Data: 28.10.18

ASSINATURA E CARIMBO

Hospital Geral de Roraima,
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, s/n, Aeroporto.
Fone: (95) 2121-0638, 2121-0611



HOSPITAL LOTTY ÍRIS

CNPJ: 11.509.488/0001-22

Responsável Técnico:

Dr. Alexandre Salomão de Oliveira - CRM: 814/RR

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: _____

ORIGINAIS.

+ Comprimidos

+ Tomar medicação conforme receituário

+ Retorno no consultório em 07 dias

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635
BOE: 610

Rua José Coelho, Nº 72, Centro
69.301-300 - Boa Vista, Roraima

+55 95 3224-1790
+55 95 99164-7578
lotty.iris@gmail.com

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JAN 2019

GENTE SEGURO S/A
Av. Capão São Vicente, 484 - Boa Vista - RR



HOSPITAL LOTTY IRIS

CNPJ: 11.509.468/0001-22

Responsável Técnico:

Dr. Alexandre Selomão de Oliveira - CRM: 814/RR

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: João Luis

no end

Cefalexina 500 mg — 2800
01 c8 6/6h Por 07 dias

Novalgina 1g

01 c8 6/6h 5x 200.

Fluvox 500 mg

01 c8 02/12h

7/11/18

Rua José Coelho, Nº 72, Centro
69.301-300 - Boa Vista, Roraima

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635

+55 95 3224-1790
+55 95 99164-7578
lotty.iris@gmail.com



HOSPITAL LOTTY ÍRIS

CNPJ: 11.509.468/0001-22

Responsável Técnico:

Dr. Alexandre Salomão de Oliveira - CRM: 814/RR

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: Joann Luis

cuo

Paco

15x

Tomm 21 CP

6/64 5. 22

1-50

Vitor Paracat Santia
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR-1635
RQE-810

07/11/18

Rua José Coelho, Nº 72, Centro
69301-300 - Boa Vista, Roraima

+55 95 3224-1790
+55 95 99164-7578
lottyiris@gmail.com



ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA PROGRAMADA

O paciente Solimar Luiz Leal, de 40 anos,
 data de nasc: 24/10/78 contato: (95)- 99128-4608, com o diagnóstico
FXLX (tornozelo), tendo como indicação o procedimento: _____

da ESPECIALIDADE ORTOPEDIA, sem data de agendamento no momento até normalização do serviço
 eletivo, devendo retornar para internação após contato do setor NIR do HGR, contato com 3 dias
 antecedência para realização do procedimento.

Lembramos que a paralização das cirurgias eletivas se dá pela falta de material e não por falta de profissional
 da área. Portanto assim que normalizar o suprimento de matérias essenciais para a realização dos
 procedimentos, o serviço de ORTOPEDIA irá chamar os pacientes desospitalizados pelo contato acima
 acordo com as prioridades médicas e as previstas em lei.

O paciente deverá comparecer ao ambulatório no dia 14/11/13 com o médico
 DR. Palelo, para acompanhamento extra hospitalar até normalização da situação
 contato da unidade para realização do procedimento indicado.

O paciente deverá manter a imobilização, se for o caso, conforme recomendação médica e fazer uso
 medicação de acordo com a prescrição, e deverá ainda, no momento da internação, portar todos os exames
 operatórios solicitados, bem como estar em **JEJUM DE OITO (08) HORAS ANTES**

PROCEDIMENTO.

O paciente ou representante legal se compromete em comparecer no NIR do HGR, conforme definido no
 documento, assumindo inclusive a responsabilidade por eventuais complicações caso não compareça na data
 horário programados para internação, podendo ocasionar atraso na realização do procedimento, sendo essa uma
 situação alheia à vontade da equipe assistencial e da instituição.

OBS: É de suma importância salientar, que em caso de piora do quadro doloroso e/ou surgimento
 alguma outra queixa mesmo não relacionada ao problema a ser tratado nesta data, como: febre,
 formigamento/mudança de temperatura ou cianose (rouxidão) no local afetado, o paciente deve
 retornar IMEDIATAMENTE e em qualquer horário ao Pronto Atendimento Ailton Rocha - PA
 onde será atendido pelo médico plantonista com base em sua classificação de risco, e sendo necessário
 irá referenciá-lo à equipe assistencialista da ortopedia.

MÉDICO ORTOPEDISTA

Assinatura e Carimbo

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Assinatura e CPF:

MÉDICO REGULADOR - NIR/HGR

Assinatura e Carimbo



ATESTADO MÉDICO / DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr. (a): Solimar Lez

Seel
foi atendido no () Hospital Geral de Roraima/PAAR/PSFE () UNACON,
no dia 23/10/19 às ____:____ horas.

O mesmo:

() Não necessita de licença, atesto apenas o seu comparecimento.

(X) Necessita de 15 (dias) dia(s) de licença médica.

CID:

Boa Vista,

23/10/19

Autorizo a informação do CID:

Assinatura do cliente / paciente

Assinatura / carimbo médico

Hospital Geral de Roraima,
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, s/n, Aeroporto.
Fone: (95) 2121-0638, 2121-0611

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JAN 2019

GENE SEGURADORA S/A
Cidade: Boa Vista, 444 - Boa Vista - RR



INSTITUTO DE TRAUMA E ORTOPEDIA DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

Paciente: SOLIMAR LUIS LEAL
Idade: 40 anos, 9 meses, 27 dias
Data: terça-feira, 20 de novembro de 2018

LAUDO MÉDICO


PACIENTE VITMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, COM FRATURA DE
CABEÇA DE RADIO ESQUERDO.
REALIZADO CUPULECTOMIA DIA 06/11/2018.
HOJE COM BOA EVOLUÇÃO, SEM SINAIS INFECCIOSOS.
ENCAMINHADO PARA FISIOTERAPIA MOTORA PARA REABILITAÇÃO DE
FUNÇÃO DO MEMBRO.
SEM CONDIÇÕES DE REALIZAR SUAS FUNÇÕES LABORATIVAS.
SOLICITO 30 DIAS DE AFASTAMENTO DO SERVIÇO A CONTAR DE
HOJE.
A DISPOSIÇÃO,

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Rua Capitão João Dias, 484 - Boa Vista - RR

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE: 610

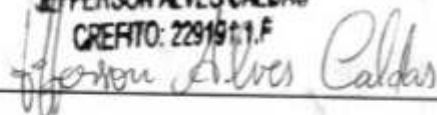

Dr. Vitor Paracat Santiago
CRM: 1635-RR

Resp. Técnico: Dr. Vitor Paracat Santiago
CRM 1635-RR

Declaro para os devidos fins, a pedido, que o Sr. SOLIMAR LUIS LEAL, com o CPF 769.477.003-10 e RG 1636692, nascido no dia 24/01/1978, compareceu ao SEST SENAT Unidade B52 BOA VISTA - RORAIMA, iniciando seu tratamento de fisioterapia no dia **21 de Novembro de 2018**, seguiu o tratamento até o dia **17 de Dezembro de 2018**, totalizando 11 sessões de fisioterapia. Recebeu atendimento na especialidade para melhorar sua capacidade funcional após uma cirurgia no cotovelo esquerdo. Paciente apresentou ganho de força em extensores e flexores do punho, porém ganhou pouca amplitude de movimento na flexão de cotovelo, chegando a até 110° de flexão na avaliação goniométrica, sendo necessário dar continuidade ao tratamento para melhorar sua capacidade funcional.

JEFFERSON ALVES CALDAS

CREFITO: 229191.F



Jefferson Alves Caldas

Fisioterapeuta

CREFITO: 229191.F

Declaração do Proprietário do Veículo

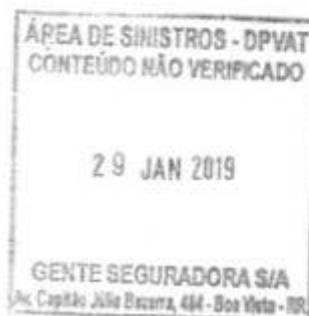
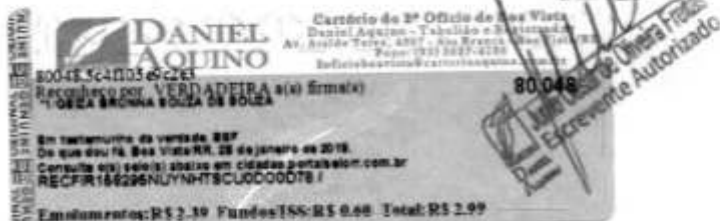
Eu, Guiza Brunna Souza de Souza,
RG nº 199285, data de expedição 06/09/2016
Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 764.553.002-20, com
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rio do Prado, nº 126,
complemento Ap. 04, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Solimar Luis Brasil, cujo o condutor era
Solimar Luis Brasil.

Veículo: motocicleta
Modelo: Yamaha 115 CRYPTON ED
Ano: 2011/2011
Placa: NAN 8446
Chassi: 9C6KE1400B0019336
Data do Acidente: 23/10/2018
Local e Data: Av. Vinhos Velhos 109 quadras 23/10/2018



Guiza Brunna Souza de Souza
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





GOVERNO DO RIO DE JANEIRO
 FUNDAÇÃO PATIMÔNIO DO BRASIL
 COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Nome: Souza Luis Lenc

Um médico

Vitória de Pudente de Faria com
 também comunitária e urban de
 mão esquerda.
 encalço em dor / limitas e bloqueio de
 movimento em antebraço (E)
 necessitar intervenção cirúrgica para alcançar
 de estado de mão direita.
 hoje em fraturas para restrição
 função de membros afetados.
 A dor, porém,

Bc 10/04/19
 DATA

Vitor Paracat Santiago
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM-RR 1635
 RQE: 610

CLÍNICA ESPECIALIZADA CONDORCEL MOTA
 Rua Condorcel Faria 536 - Centro Rio de Janeiro

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 04 2019

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Condorcel Faria 536 - Centro Rio de Janeiro - RJ

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Condorcel Faria 536 - Centro Rio de Janeiro - RJ



FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: **BRAVO 5** EQUIPE: _____

Idade: **40** Sexo: ☒ M ☐ F

Paciente: **SQUINAL LUIS LEAL**
Nacionalidade: **Brazileira** Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia

Endereço: **Av. J. J. Moreira**

Ponto de referência: _____

Nº da Ocorrência: **19879**

DATA: **23.10.19**

ACIONAMENTO: **09.13**

HORA CHEGADA NO LOCAL (J11): **09.19**

Médico (a) Regulador (a): **(H. 2) Elônia**

MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ APOIO

☐ OUTROS

AUTOMÓVEL		MOTO/BICICLETA		VIOLÊNCIA		OUTROS	
<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Acidente com moto X	<input type="checkbox"/> Agressão Física	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Trajeto	
<input type="checkbox"/> Capotamento	<input type="checkbox"/> Vítila projetada	<input type="checkbox"/> Queda de moto	<input type="checkbox"/> Espancamento	<input type="checkbox"/> Queda, Alt. Aprox.:	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Trajeto	
<input type="checkbox"/> Colisão X	<input type="checkbox"/> Vítila encarcerada	<input type="checkbox"/> Com capacete	<input type="checkbox"/> FAB	<input type="checkbox"/> Acidente Doméstica	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Trajeto	
<input type="checkbox"/> Motorista	<input type="checkbox"/> Air Bag	<input type="checkbox"/> Sem capacete	<input type="checkbox"/> FAF	<input type="checkbox"/> Queimadura Agente	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Trajeto	
<input type="checkbox"/> Passageiro Dianteiro	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> condutor	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Agressão p/ anim	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Trajeto	
<input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro	<input type="checkbox"/> queda de Bicicleta	<input type="checkbox"/> passageiro	<input type="checkbox"/> Violência Doméstica	<input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Trajeto	
			<input type="checkbox"/> Violência Sexual				

Vias Aéreas		Ventilação		Circulação		Aval. Neurológica	
<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Abolida	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> AVDN	<input type="checkbox"/> DNV	<input type="checkbox"/> Miose	<input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Anisocoria
<input type="checkbox"/> Bradpnéia	<input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> Ausepte	<input type="checkbox"/> DNV	<input type="checkbox"/> Miose	<input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Anisocoria	<input type="checkbox"/> Alcoolizado
<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Hipertimpanismo	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s
<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> M.V. Ausente	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s
<input type="checkbox"/> Obstruída	<input type="checkbox"/> M.V. Diminuído	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s
<input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa	<input type="checkbox"/> Maciez	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s
<input type="checkbox"/> Taquipneia		<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s

SINAIS VITAIS E ESCORES							
Hora	P.A mm/hg	E.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	Temp. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia
Início	:	1	66	95	36	8	
Fim	:	1					

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA				Torax		Abdome	
Pele	Cabeça	Face	Pescoço	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Doloroso	<input type="checkbox"/> Em tabua
<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Afundamento	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Respir. paradoxal	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Evisceração
<input type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	<input type="checkbox"/> Respir. paradoxal	<input type="checkbox"/> Respir. paradoxal	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Evisceração
<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Escoriação	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Evisceração
<input type="checkbox"/> Palida	<input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	<input type="checkbox"/> Ferimento	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Torax Instável	<input type="checkbox"/> Torax Instável	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Evisceração
<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Ferimento	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Torax Instável	<input type="checkbox"/> Torax Instável	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Evisceração
<input type="checkbox"/> Umida	<input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Ferimento	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Torax Instável	<input type="checkbox"/> Torax Instável	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Evisceração
Pelve	Coluna Dorsal	Membros	Fratura	Amputação	Esmagamento	Avulsão	
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Esmagamento	<input type="checkbox"/> Avulsão	
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Esmagamento	<input type="checkbox"/> Esmagamento	<input type="checkbox"/> Avulsão	
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor Leve	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Esmagamento	<input type="checkbox"/> Esmagamento	<input type="checkbox"/> Esmagamento	<input type="checkbox"/> Avulsão	
<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Deformidade	<input type="checkbox"/> Intensa	<input type="checkbox"/> Avulsão	<input type="checkbox"/> Avulsão	<input type="checkbox"/> Avulsão	<input type="checkbox"/> Avulsão	

AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA	
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Cardiopatia
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Infecçiosa	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> HAS
<input type="checkbox"/> Filuter		<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Obstétrica	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Sequela AVC
		<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Pediátrica	<input type="checkbox"/> Sequela AVC	

GRAVIDADE COMPROVADA		MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS	
<input type="checkbox"/> ILESO	<input type="checkbox"/> PEQUENA	<input type="checkbox"/> MÉDIA	<input type="checkbox"/> ÓBITO
<input type="checkbox"/> INDETERMINADA			
<input type="checkbox"/> Cancelamento	<input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento	<input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização	<input type="checkbox"/> Bombeiro no local
<input type="checkbox"/> Não se encontrava no local	<input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização	<input type="checkbox"/> Bombeiro no local	<input type="checkbox"/> Bombeiro no local
<input type="checkbox"/> Trote	<input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização	<input type="checkbox"/> Bombeiro no local	<input type="checkbox"/> Bombeiro no local

RCP		OBS.	
<input type="checkbox"/> Iniciada as:	<input type="checkbox"/> RCP com sucesso	<input type="checkbox"/> RCP Não realizado	
<input type="checkbox"/> Termina as:	<input type="checkbox"/> RCP sem sucesso		

DESTINO		MÉDICO REGULADOR	
<input type="checkbox"/> Atendimento em local	<input type="checkbox"/> Grande Trauma - GT	<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS	<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCL
<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - PAAR	<input type="checkbox"/> Hosp. Coronel Mota - HMC	<input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA	<input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI
	<input type="checkbox"/> Hosp. Coronel Mota - HMC	<input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA	<input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI
	<input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA	<input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA	<input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI
	<input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA	<input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA	<input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI

29 JAN 2019

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro (Unidade de Destino)

GENTE SEGURADORA S/A

CONFERE COM O ORIGINAL
Heloisa B. de Souza
Médico Regulador
SAMU 192

CONFERE COM O ORIGINAL

CIEPA ENTPE NT CE DO E	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade. Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

GESTANTE

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

Perda de líquido: _____ BCF: _____

☐ Com cartão ☐ Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

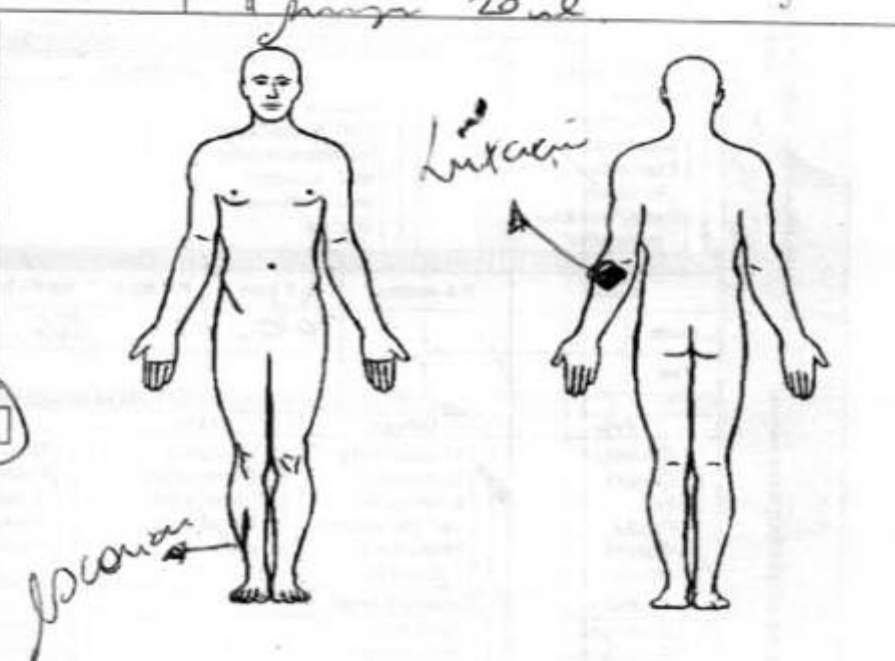
05 flacunas.
 1 xifeno 100mg
 1 Soro Fisiológico 250ml
 1 gelco 100ml
 1 soro 20ml

1. Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
	Sem resposta	0 pontos
2. Melhor Resposta Motora (M):	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
	Extensão (descerebração)	2 pontos
3. Resposta Verbal (V):	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto

TOTAL DE PONTOS

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Vitima de lesão moto x sens, pré-atendimento pré-hospitalar, lacte, glicose 10, opaco, desvio de eixo do crânio "E" (fratura), realização de tomografia computadorizada, lesão no ST, HCN.

CONFERE COM O ORIGINAL

Medico: _____
 Médico Receptor: _____
 CRM: _____



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041942/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/10/2018 09:21 Data/Hora Fim: 25/10/2018 09:41
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 048789 J Data: 23/10/2018
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 23/10/2018 09:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RUA ARNALDO BRANDÃO

Bairro: São Francisco

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA ESTRELA CELESTE
Bairro: ARACELIS

Nº 998

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CORTEJO NÃO VERIFICADO

25 FEV 2019

Nome Civil: SOLIMAR LUIS LEAL (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA RISOS DO PRADO
Bairro: PRICUMA

Nº: 126

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

Razão Social: POLICIA MILITAR RR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O ROP PM comunica um acidente de trânsito envolvendo o Sr. Francisco Simeão Araujo que Dirigia o Veículo PLACA NAT-0437 e o Sr. Solimar Luis Leal que Pilotava uma Motocicleta PLACA NAN-8446. Que devido ao acidente o Sr. Solimar Sofreu lesão corporal e foi socorrido ao hospital pelo Samu. Era o relato.



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 22/02/2019 08:15
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

Pre-Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041942/2018

ASSINATURAS

Emanuel Ferreira Lima
Responsável pelo Atendimento

Polícia Militar RR
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável(ais) pelas informações acima apresentadas 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."

ADITADO



DAT
CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 22-02-2019
ASSINATURA
Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat. 200001R



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 22/02/2019 08:15
Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041942/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/01/2019 12:08 Data/Hora Fim: 02/01/2019 12:18
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 048789 J Data: 23/10/2018
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 23/10/2018 09:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RUA ARNALDO BRANDÃO

Bairro: São Francisco

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA ESTRELA CELESTE
Bairro: ARACELIS

Nº: 998

Nome Civil: SOLIMAR LUIS LEAL (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA RISOS DO PRADO
Bairro: PRICUMA

Nº: 126

Razão Social: POLICIA MILITAR RR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 611.291.352-68

Renavam 00927100363

Número do Chassi 9BD17206G83336216

Número da Carroceria 74742537

UF Veículo Roraima

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão

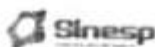
Placa NAT0437

Número do Motor 178F1011*7622910*

Ano/Modelo Fabricação 2008/2007

Cor PRATA

Município Veículo Boa Vista



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inacio Araújo
Data de Impressão: 22/02/2019 08:17
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: 041942/2018-A01

Marca/Modelo FIAT/SIENA FIRE FLEX	Modelo FIAT/SIENA FIRE FLEX
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 24/08/2016
Situação do Veículo NADA CONSTA	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Francisco Simeão Araújo	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 764.553.002-20	Placa NAN8446
Renavam 00332263878	Número do Motor E3F8E-016444
Número do Chassi 9C6KE1400B0019336	Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/T115 CRYPTON ED
Modelo YAMAHA/T115 CRYPTON ED	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 11/07/2011	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Solimar Luis Leal	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O ROP PM comunica um acidente de trânsito envolvendo o Sr. Francisco Simeão Araújo que dirigia o Veículo PLACA NAT-0437 e o Sr. Solimar Luis Leal que Pilotava uma Motocicleta PLACA NAN-8446. Que devido ao acidente o Sr. Solimar sofreu lesão corporal e foi socorrido ao hospital pelo Samu. Era o relato. O Sr. Solimar compareceu nesta especializada e nos informou que conduzia a sua motocicleta na Avenida Via das Flores, quando um automóvel, que era conduzido pelo Sr. Francisco, invadiu a preferencial causando a colisão entre os veículos. Tal colisão causou uma fratura no braço esquerdo. A PM compareceu ao local do acidente. A vítima foi socorrida pela equipe do SAMU e encaminhada ao HGR. Este BO é para fins de recebimento de seguro DPVAT. É o relato.

ASSINATURAS

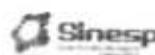
Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Responsável pelo Atendimento

Polícia Militar RR
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pelo conteúdo do presente documento de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Calúnia e 340-Denunciação Falso de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DATA ORIGINAL
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA: 22/02/2019
ASSINATURA
Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Delegado de Polícia Civil

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inácio Araújo
Data de Impressão: 22/02/2019 08:17
Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041942/2018-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/03/2019 10:08 Data/Hora Fim: 02/03/2019 11:00
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 048789 J Data: 23/10/2018
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

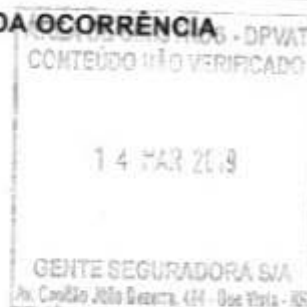
DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 23/10/2018 09:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RUA ARNALDO BRANDÃO

Tipo do Local: Via Pública



Bairro: São Francisco

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO (ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Sem Informação

Sexo: Masculino

Idade: 40

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA ESTRELA CELESTE
Bairro: ARACELIS

Nº: 998

Nome Civil: SOLIMAR LUIS LEAL (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PI - Picos

Sexo: Masculino

Nasc: 24/01/1978

Profissão: Auxiliar de Transportes

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Francisca Fontes de Oliveira V

Nome do Pai: Luis Francisco Leal

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 769.477.003-10

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA RISOS DO PRADO
Bairro: PRICUMA
Telefone: (95) 98100-5438 (Celular)

Nº: 126

Razão Social: POLÍCIA MILITAR RR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041942/2018-A02

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 611.291.352-68	Placa NAT0437
Renavam 00927100363	Número do Motor 178F1011*7622910*
Número do Chassi 9BD17206G83336216	Ano/Modelo Fabricação 2008/2007
Número da Carroceria 74742537	Cor PRATA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo FIAT/SIENA FIRE FLEX	Modelo FIAT/SIENA FIRE FLEX
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 24/08/2016
Situação do Veículo NADA CONSTA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Francisco Simeao Araujo	Possuidor

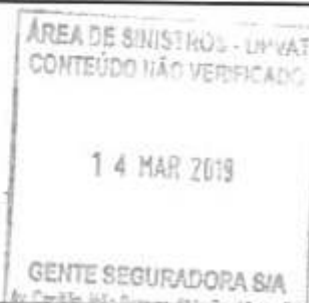
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 764.553.002-20	Placa NAN-8446
Renavam 00332263878	Número do Motor E3F6E-016444
Número do Chassi 9C6KE1400B0019336	Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/T115 CRYPTON ED
Modelo YAMAHA/T115 CRYPTON ED	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Solimar Luis Leal	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O ROP PM comunica um acidente de trânsito envolvendo o Sr. Francisco Simeão Araujo que Dirigia o Veículo PLACA NAT-0437 e o Sr. Solimar Luis Leal que Pilotava uma Motocicleta PLACA NAN-8446. Que devido ao acidente o Sr. Solimar Sofreu lesão corporal e foi socorrido ao hospital pelo Samu. Era o relato.

O Sr. Solimar que é habilitado (Nº 06084449630), compareceu nesta especializada e nos informou que conduzia a motocicleta de placa NAN-8446, de propriedade de sua Companhia GEIZA BRUNNA SOUZA E SOUZA, CPF 764.553.002-20, na Avenida Via das Flores, quando um automóvel, que era conduzido pelo Sr. Francisco, invadiu a preferencial causando a colisão entre os veículos. Tal colisão causou uma fratura em seu braço esquerdo. A PM compareceu ao local do acidente. A vítima foi socorrida pela equipe do SAMU e encaminhada ao HGR. Este BO é para fins de recebimento de seguro DPVAT. **E NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE.** É o relato.



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 10/03/2019 23:23
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041942/2018-A02

Jefferson Inácio Araújo
Agente de Polícia Civil
Mat. 892000909

Jefferson Inácio Araújo
Responsável pelo Atendimento

ASSINATURAS
DAI

11 MAR 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDO

Solimar Luis Leal
(Envolvido / Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (sou) único(s) responsável(veis) pelas assinaturas acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que daí originar, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041942/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/01/2019 12:08 Data/Hora Fim: 02/01/2019 12:18
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 048789 J Data: 23/10/2018
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 23/10/2018 09:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RUA ARNALDO BRANDÃO

Bairro: São Francisco

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA ESTRELA CELESTE
Bairro: ARACELIS

Nº: 998

Nome Civil: SOLIMAR LUIS LEAL (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA RISOS DO PRADO
Bairro: PRICUMA

Nº: 126

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JAN 2019

Razão Social: POLICIA MILITAR RR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Cristóvão Colombo, 444 - Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
CPF/CNPJ do Proprietário 611.291.352-68	Placa NAT0437
Renavam 00927100363	Número do Motor 178F1011*7622910*
Número do Chassi 9BD17206G83336216	Ano/Modelo Fabricação 2008/2007
Número da Carroceria 74742537	Cor PRATA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041942/2018-A01

Marca/Modelo FIAT/SIENA FIRE FLEX	Modelo FIAT/SIENA FIRE FLEX
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 24/08/2016
Restrições NADA CONSTA	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Francisco Simeao Araujo	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 764.553.002-20	Placa NAN8446
Renavam 00332263878	Número do Motor E3F6E-016444
Número do Chassi 9C6KE1400B0019336	Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/T115 CRYPTON ED
Modelo YAMAHA/T115 CRYPTON ED	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 11/07/2011	Restrições REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Solimar Luis Leal	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O ROP PM comunica um acidente de trânsito envolvendo o Sr. Francisco Simeão Araujo que Dirigia o Veículo PLACA NAT-0437 e o Sr. Solimar Luis Leal que Pilotava uma Motocicleta PLACA NAN-8446. Que devido ao acidente o Sr. Solimar Sofreu lesão corporal e foi socorrido ao hospital pelo Samu. Era o relato.

O Sr. Solimar compareceu nesta especializada e nos informou que conduzia a sua motocicleta na Avenida Via das Flores, quando um automóvel, que era conduzido pelo Sr. Francisco, invadiu a preferencial causando a colisão entre os veículos. Tal colisão causou uma fratura no braço esquerdo. A PM compareceu ao local do acidente. A vítima foi socorrida pela equipe do SAMU e encaminhada ao HGR. Este BO é para fins de recebimento de seguro DPVAT. É o relato.

ASSINATURAS

Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Jorge Fernando Paiva Figueiredo
 Responsável pelo Atendimento
 02 JAN 2019

Polícia Militar RR
 (Comunicante)

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

AGENTE DE POLÍCIA
 CONEQUIP

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 29 JAN 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Castelo de São Carlos, 444 - Boa Vista - RR

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: 769477003-10 Nome completo da vítima: Solimar Luis Beal

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

Nome completo: Solimar Luis Beal CPF: 769477003-10

Profissão: AUX. TRAFEGO Endereço: R. 1508 do Prado Número: 126 Complemento: AP 04

Bairro: Prinimã Cidade: BOA VISTA Estado: RR CEP: 69.309-373

E-mail: _____ Tel. (DDD): (95) 99137-9527

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

RENDA 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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 29696 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 quantificação das lesões 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 contesta-la, caso discorde do seu conteúdo.

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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: BOA VISTA 29/01/2019

Nome: Solimar Luis Beal

CPF: 769477003-10

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: ÁREA DE SINISTROS - DPVAT

CPF: _____

Assinatura: 29 JAN 2019

2ª Nome: THOMAS

CPF: _____

GENTE SEGURADORA S/A

Assinatura

Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190077540

Vítima: SOLIMAR LUIS LEAL

Data do Acidente: 23/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SOLIMAR LUIS LEAL

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

