

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: 00000029696-9

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

Valorização 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 AO EXAME, DOR E EDEMA NO LOCAL, FORÇA PRESERVADA E PERDA PARCIAL DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE FÍSICO: 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 CIRÚRGICO 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



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, 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%

Gradu

% Invalidez Permanente

R\$ 0.00

R\$ 0,00

R\$ 843,75

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

Recebedor: SOLIMAR LU
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, retorno 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 CIRÚRGICO 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 transito 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

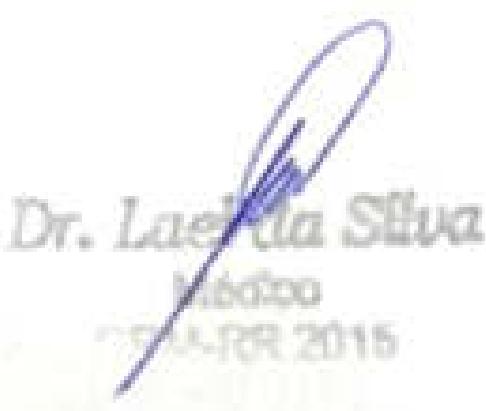
Região Corporal (Sequela):

% 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.



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

Carimbo com nome e CRM

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

Visto
v/v Patrícia
27/10/18

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

1ª Classificação		Reclassificação	Reclassificação
<input type="checkbox"/>	Vermelho	<input type="checkbox"/>	Vermelho
<input type="checkbox"/>	Laranja	<input type="checkbox"/>	Laranja
<input type="checkbox"/>	Amarelo	<input type="checkbox"/>	Amarelo
<input type="checkbox"/>	Verde	<input type="checkbox"/>	Verde
<input checked="" type="checkbox"/>	Azul Ass.	<input type="checkbox"/>	Azul Ass.

Reclassificação
<input type="checkbox"/>

1801025880	23/10/2018 10:03:56	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	10
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
SOLIMAR LUIZ LEAL		24/01/1978	40 A 8 M 30 D			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	NI			M	NAO.	PARDA
Mãe					Naturalidade	NACIONAL
Francisca Fontes de Oliveira						
Endereço					Contato	(95) 99128-4608
RUA - RISOS DO PRADO - 126 - PRICUMA - 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.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				Pressão
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	15
Anamnese - (HORA DA CONSULTA : h)	Parante vítima de condutor de motocicleta C/ trauma no cotovelo	

Exame Físico	
Licit	

Hipótese Diagnóstica	
----------------------	--

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
O titolo foge de 01/10/2019 Diprova 2000 na área de SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO i ortopedia.		Consultar o resultado Técnicos de Enfermagem CORRER 507 840 TE
	29 JAN 2019	

Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para:	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> IMI. Análise Radiológica	Data e Hora da Saída/Alta:
Óbito			
Antes do 1º Atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino:	<input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> IMI. Análise Radiológica
Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico		

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



1801025880

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

Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:

Reclassificação _____
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação _____
____ Vermelho
____ Laranja
____ Amarelo
____ Verde
____ Azul Ass.: _____

1801025989	23/10/2018 14:09:19	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	CPF	Prontuário 16854		
Tipo Doc IDENTIDADE NI	Documento Mãe FRANCISCA FONTES DE OLIVEIRA	Órgão Emissor NAO	Data Emissão INFORMADO	Sexo M	Estado Civil PARDA	Naturalidade	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA - RISOS DO PRADO - 126 - PRICUMA - BOA VISTA - RR						Contato (95) 99128-4608	Ocupação	
Class. de Risco SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
Selos GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTÂNEA		Procedimento Sol.			Registrado por: ANTONIA.SOARES		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
<p><i>Acidente automobilístico (moto - carro)</i></p>								
Anamnese de Enfermagem					GSC	TOTAL		
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)								
<p><i>Presente dor retroesternal após acidente com dor e limitação de mobilidade torácica / Escorregando.</i></p>								
Exame Físico	<p><i>Ligeiro, PEG, na motociclo, hidrocefalia, Anorexia, febre e normofase.</i></p>							
Hipótese Diagnóstica								
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-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 <i>Diparone 1g Tambem 20mg > G.V 14/80</i>					APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO <i>29 JAN 2019</i>					<small>HOSPITAL GERAL DA NORDEIA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Horizonte - CEP: 62120-0620 AUTENTICAÇÃO</small> <i>23 MAR. 2019</i>			
Conduz:	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:		<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta:		Certifico que o Dr. Douglas Fá que a presente é a cópia da documentação original, que encontra-se no Arquivo Original deste Hospital.			
Óbito								
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família	Dr. José Luiz Interne CRM-RN: 10255 Medicina Interna CRM-RN: 10255 Medicina Intensiva CRM-RN: 10255 Medicina Clínica Patológica						

Caderno e Assinatura do Médico



Fabio F. Te
agont. 

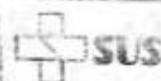
Pessoalmente Efetuado
Pelo Certidão de Cadastral

Internação



BLOCO A

Alta 29/10/1988

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Alessandro Scu Scul

6 - N° DO PRONTUÁRIO
168543

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

A1015101016181914150718191513

8 - DATA DE NASCIMENTO
24/01/789 - SEXO
M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Francisca Fontes Pe Oliveira

000

11 - FONE DE CONTATO

N° DO FONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

F1 / CX Colônia (c)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

correja

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

Exam sér + TC + RI

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - OB 19 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

F1/11 Colônia (c)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Ort

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

23/10/19

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

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO FILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO ÍPSICO

36 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISOR

48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

23/10/19

48 - 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 Solma Iey Seal			
DIAGNÓSTICO	Fissão estomach (e)			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	DATA	23/10/16	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			6am
2	AVP			11am
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H			1pm *
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H			2pm
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H			3pm
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			4pm
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			5pm
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			6pm
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N			7pm
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			8pm
11	CURATIVO DIARIO			9pm
12	SSVV + CCGG 6/6 H			10pm
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 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				



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

HGR



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

SOLIMAS WIZ LEST

DIAGNÓSTICO

Fratura Wxsgo cotovelo E

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

LEITO

DATA

24/01/19

ITEM

PREScrição

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

SC maior

2 AVP

—

3 CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H

(susp)

SC 14:00

4 TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

SC 24:00

5 DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H

SC 2

6 TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

SC 2

7 PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

SC 2

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

SC 2

9 RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N

SC 2

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

Medigar -

11 CURATIVO DIARIO

menor

12 SSVV + CCGG 6/6 H

Dr. Mariano Moreira

Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

13

14

15

16

17

18

19

20

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

EVOLUÇÃO MEDICA:

AO bloco

Regulado para leito
J17-JX
Internação Inicial

Manutenção de 24h
Peso: 70 kg
Altura: 170 cm
IMC: 26

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	Tcmo
6 H	146x92	76	17	76,2
12 H	122x77	72 bpm	70	35,5°C
18 H				
24 H				
	133,00	122x79	78	

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

DATA DE ADMISSÃO	10	DIH	DN
PACIENTE	Selma Ley Seol		
AGNÓSTICO			
ALERGIAS	NEGA	HAS	NAO
IDADE		LEITO	112/1
ITEM	HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE <i>alérgicas leúcida</i>		SND
2	SF 0,9% 500ML S/N EV		SN
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N		
5	DIPIRONA 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		<i>Curativo Retina</i>
11	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CEFALOTINA 1 G 6/6HR EV <i>suspensão</i>		Susp.
13			
14			
15			
16			

SE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: ZUI,
251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DÍ/MIL, GLICOSE 50% 40 ML
EV - AVISAR PLANTONISTA

Evolução médica:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCO AGUIAR CRM 1995 RR
6 H	137/73	74		—	
12 H	140x90	85		35,3	
18 H	116x70	80		36,5°	
24 H	127/84	87		36,7	

22:00 25/10/2018 - pt no leito, urinando SSUV, adm. medicacões de doráio
c., sem queixas algícas e segue os cuidados.

Maria de Fátima R. S. Aguiar
Téc. de Enfermagem
CRM RR 437581 TI

Plantão Noturno

adm. medicacões CPn. Alergico
SSUV. segue os cuidados da en-
fermagem. *Sorria*
Téc. em Enfermagem
CRM RR 437581 TI

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					
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					<i>Curativo Roraima</i>
11	SSVV + CCGG 6/6 H					
12						
13						
14						
16						
<u>SE DIABÉTICO</u> : CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI <u>E OU</u> GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
SINAIS V.	PA	FC	FR	TEMP	MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR	
6 H	130x90	78		37.0		
12 H	130x90	78		37.0		
18 H	130x90	75		36.8		
24 H	116x71	76		36.3		

26/10/18 Planteio noturno. Paciente em repouso no leito
 sem medicação de horário. Ainda ssvv. Segue d1 ondinha
 TEGOLO

Gericivânia 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		
CLIENTE SOLIMAR LUIZ LEAL					
SINÓSTICO FX CABEÇA RADIO E					
ERGIAS	NEGA	HAS	SIM	DM2	
IDADE	40	LEITO	117-1	DATA 25/10/2018	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE PARA HAS				SND
2	SF 0,9% 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
11	SSVV + CCCG 6/6 H				Rotina
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 DM/ML, GLICOSE 50% 40 ML
 EV + AVISAR PLANTONISTA

Evolução médica:

SINAIS VÍ	PA	FC	FR	TEMP	MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995 RR
6 H	120x80	82		36.	
12 H					
18 H	110x62	74			
24 H	120x80	80		36	

Ob. Em repouso no leito
 Estável sem febre aguardando
 exames.



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				
ALÉRGIAS	NEGA	HAS	SIM	DM2
EDADE	40	LEITO	117-1	DATA 8/10/2018
ITEM	HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE PARA HAS			
2	SF 0,9% 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			
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
9	SIMETOCONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			
10	CURATIVO DIÁRIO			
11	SSVV + CCGG 6/6 H			
12				
13				
14				
15				
16				

SE DIABÉTICO CORRIGÃO 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.

L.V - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

MAIS VI	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110x70	71	-	-
12 H	124/75	75	-	36.5C
18 H	143/93	80	-	35C
24 H	126/86	78	-	

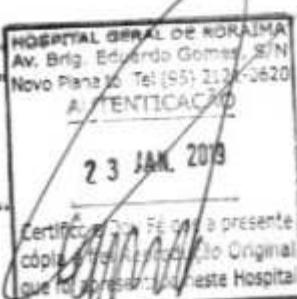
MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA
E TRAUMATOLOGIA
MARCOS AGUIAR
CRM 1995 RR

Nº

12h feito Aup gelco 20
MS D.

18h ret no Leito sem queixas
SSU feito sem queixas
segue aos cuidado da
Enf: tec baleti

Descrição:
27/10/18.





PRÓNTICO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA - PAAR
FICHA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES DOS CONSULTÓRIOS
REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS CINZA - A



Nome do Paciente: Sônia Ley Sil

Classe de Risco: Azul Verde Amarelo Laranja Vermelho. Sexo: M F. Data Nasc. ____/____/____

Cartão do SUS #: _____. Telefone: _____

Endereço *: _____

Nome da Mãe *: _____

CPF: _____. N° Atendimento *: _____

DADOS DO PACIENTE

Gestação: sim não

Jejum: 12hs 4hs Não

Diabetes: sim não

LISTA DE EXAMES DE URGÊNCIA

Hemograma.
 CK-MB
 TGP.
 CK-NAC
 Ureia.
 Creatinina.

Glicose.
 TGO.
 EAS
 B-HCG
 PCR
 Tropônina *

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JAN 2019

Fosfatase Alcalina.
 GGT.
 Bilirrubinas T e D
 Amilase
 Lipase
 Desidrogenase láctica [DHL]

TR Sífilis *
 Malária
 Sonograma

Resultados em até 2 hs

ENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Ribeiro 444 - Boa Vista - RR

Resultados em até 4 hs

ROTTINA ESPECIAL

HIV 1º amostra *
 HIV 2º amostra *

BAAR 1º amostra **
 BAAR 2º amostra **

Hepatite B *
 Hepatite C *

Solicitações da rotina especial devem ser enviadas ao laboratório com as informações indicadas na legenda e a assinatura do paciente concordando com a realização do exame, os resultados serão entregues pelo clínico do plantão.

Eu, na qualidade de usuário do SUS, concordo com a realização dos exames solicitados nessa requisição pelo clínico do plantão, tendo recebido as devidas orientações sobre o procedimento de coleta laboratorial e sobre o recebimento dos resultados desse exame, atesto que comprehendi e, por ser verdade assino concordando:

(usuário do SUS) *

Obs. 1º Ao solicitar um exame da lista de urgência ele será concluído no prazo previsto na observação do quadro, no entanto todos os resultados solicitados serão entregues juntos pelo sistema interlab disponível na recepção do PAAR.

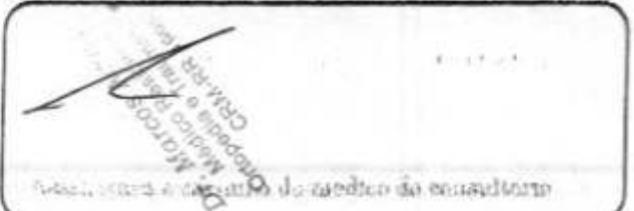
Obs 2º Caso seja necessário solicitar HIV, BAAR ou Hepatites vírais os dados do cliente com indicação em "++" devem ser fornecidos; os laudos serão entregues a um profissional autorizado na Administração do PAAR de onde o cliente terá acesso. O cliente atendido no PAAR não receberá impressão de laudos diretamente do Núcleo de Laboratório.

Obs 3º Caso seja necessário mais exames para conclusão do diagnóstico, o rol de exames disponibilizados pelo laboratório está no verso desta requisição, devendo ser obrigatoriamente exposta a suspeita clínica para realização desse cadastro;

Obs 4º As Rotinas especiais [] somente serão cadastradas com a anuência do cliente por meio da assinatura dessa requisição;

DATA DE ATENDIMENTO

23/10/19





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
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.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Crotálio Xiló Barreto, 414 - Boa Vista - RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - 69360-0620
AUTENTICAÇÃO

23 JAN. 2019

Certifico e dou fé que a presente
constitui réplica fiel da reprodução original
que se encontra no arquivo deste Hospital

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes s/n.^o Bairro Novo Planalto - Cep.: 69360-000
mail: hospogr@yaibest.com.br



4/1/2019 17:31:56

66.1%



4/1/2019 17:31:56

SOLIMAR LUIZ LEAL
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

E

61.4%

TR ROSANGELA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



23/10/2018 10:30:19

78.1 %

23/10/2018 10:30:19

78.1 %

SOLIMAR LUIZ LEAL,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TR. SAMARA / ED FRANCILENE



23/10/2018 11:57:16

80,0 %

83,1%

SOLIMAR LUIZ LEAL

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR NASCIMENTO / ED. ROSANGELA

~~SECRETARIA~~
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Receituário

NOME:

Soroclo

Paciente Adelino Seixas Seixas.
Foi entrado no HGR no dia
23/10/18, com diagnóstico de fratura
de costela (E). No momento encontra-
se internado, no quarto de cirurgia,
sem previsão de alta no munte -

DATA: 26/10/18

[Signature]
ASSINATURA E CARMBO

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
Av. Doutor Mário Covas, 484 - Boa Vista - RR

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Receituário

NOME: Selma Ley Seul

HCM

Dr Palleo 14/11/8 - 134

Rx Lt Cetona (E)

Rx Cetona (E) - 40
- 100

- aguardele cereza

26.10.10

Dr
Onofre

ASSINATURA E CARIMBO

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



HOSPITAL LOTTY ÍRIS

CNPJ: 11.509.468/0001-22

Responsável Técnico:

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: _____

Origem:

+ Consulta nova

+ Tomografias conforme orientações

+ 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 SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Dantas, 434 - Boa Vista - RR.



HOSPITAL LOTTY ÍRIS

CNPJ: 11.509.468/0001-22

Responsável Técnico:

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

HOSPITAL
LOTTY ÍRIS

Nome:

José Luiz

07/11/18

Cefaclor 500 mg — 2x/ds
01/18 6/6h Pa 07 dias

Nova gma 1g
01/18 6/6h Sx 2x/ds

Flunox 500 mg —

01/18 8/12h

7/11/18

Rua José Coelho, N° 72, Centro
69.301-300 - Boa Vista, Roraima

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RP-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: José Luiz

casal

Peso

15x

Traum 21-08

6 / 6m 50kg 22

infarto

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

07/11/18

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

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



ESTADO DE RORAIMA

"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

AUTORIZAÇÃO DE INTERNACÃO HOSPITALAR PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA PROGRAMADA

NJ D
O paciente Soleimor Luis Seol, de 40 anos
data de nasc: 24/01/78 contato: (95)- 99128-4608, com o diagnóstic
Fratura (estoulo), 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 de antecedência para realização do procedimento.

Lembramos que a paralização das cirurgias eletivas se dá pela falta de material e não por falta de profissionais 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 em acordo com as prioridades médicas e as previstas em lei. KM

O paciente deverá comparecer ao ambulatório no dia 14/06/13 com o médico DR. Rafaelo, para acompanhamento extra hospitalar até normalização da situação de contato da unidade para realização do procedimento indicado.

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

PROCEDIMENTO.
O paciente ou representante legal se compromete em comparecer no NIR do HGR, conforme definido neste documento, assumindo inclusive a responsabilidade por eventuais complicações caso não compareça na data e 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 de 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 Airton 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):

Solenir Ley

Seal

foi atendido no () Hospital Geral de Roraima/PAAR/PSFE () UNACON,

no dia 23/10/10 às ____:____ horas.

O mesmo:

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

() Necessita de 15 (dez) dia(s) de licença médica.

CID:

Boa Vista,

23/10/10

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



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 CONDIÇOES 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
Av. Ceará, 1000 - Centro - RR

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

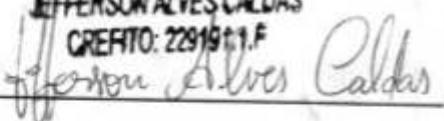
Dr. Vitor Paracat Santiago
 CRM: 1635-RR

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

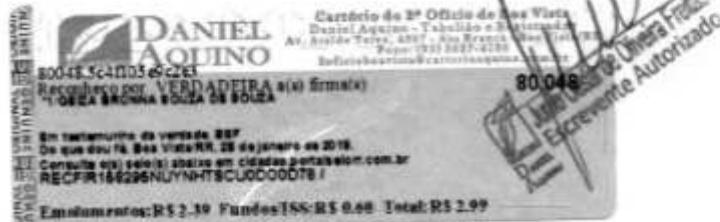
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Guiza Brumna Souza de Souza,
RG nº 199225, data de expedição 06/09/2016
Órgão SSPIRR, 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)
Rua 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 Solimer Luis Brasil, cujo o condutor era
Solimer Luis Brasil.

Veículo: motocicleta
Modelo: Yamaha IT115 Cripton ED
Ano: 2011/2011
Placa: NAN 8446
Chassi: 9C6KE1400B0019336
Data do Acidente: 23/10/2017
Local e Data: Ay. Vila das Flores / orquídeas 23/10/2017

 Assinatura do Declarante

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



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Almeida Barreto, 414 - Boa Vista - RR



GOVERNO FEDERATIVO
ESTADO DA PARÁ
MINISTÉRIO DA SAÚDE
EXERCÍCIO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RECIBO

Socorro Luis Lenc

NOME:

Medico

Vítima do acidente do ônibus com
trânsito comum no trecho 2º
mão esquerda.
Envolviu em colisão e houve de
movimento da articulação (E)
necessitou imobilizar com gesso para
de cobertura da mão direita.
haja em função das pernas
funicular de membros afetado.
A disposição,

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

BL 10/04/18

CLÍNICA ESPECIAL CLÁUDIA CORONEL MOTA
Av. Presidente Dutra, 535 - Centro - Rio de Janeiro - RJ
Tel: (21) 2200-1000

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

010/433 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Central Jânio Quadros, 484 - Boa Vista - RJ

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Central Jânio Quadros, 484 - Boa Vista - RJ



FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: BRAVO-5 EQUIPE:

Idade: 40 Sexo: M F

Paciente: SOCINAL 1018 (EAC) Branca Negra Parda Amarela Indigena-Etnia

Nacionalidade Brasileira Raça: Branca Negra Parda Amarela

Endereço: _____

Ponto de referência:		Nº da Ocorrência: <u>198791</u>	Data <u>23/10/18</u>	ACTIONAMENTO: <u>09:13</u>					
Medico (a) Regulador (a): <u>(A) 2) Cláudia</u>				HORA CHEGADA NO LOCAL (U/H): <u>09:19</u>					
MOTIVO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR <input type="checkbox"/> APOIO		MECANISMO DE TRAUMA							
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no centro do acidente)	<input checked="" type="checkbox"/> AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Colisão X <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro		<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag	<input type="checkbox"/> VIOLENCIA <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual	<input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Alt. Aprox. <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ anim <input type="checkbox"/> Outros.				
	<input checked="" type="checkbox"/> MOTO/BICICLETA <input type="checkbox"/> Acidente com moto <u>X</u> <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> queda de Bicicleta		<input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> condutor <input type="checkbox"/> passageiro						
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)	Vias Aéreas		Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica				
	<input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Abolida <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> Maciez		<input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s <input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> DNV <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Alcoolizado				
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)	Hora	P.A mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	Temp. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR
	Inicio : <u> </u>	/	<u>66.</u>			<u>95.</u>	<u>30.</u>		
	Fim : <u> </u>	/				°C			
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA									
Pele		Cabeça		Face		Pescoço		Tórax	Abdome
<input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Palida <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Umida <input checked="" type="checkbox"/> Seca		<input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Laceração		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocula		<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Lacerações		<input type="checkbox"/> Escoriações/ <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Tórax Instável	<input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Em fábua <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Evisceração <input type="checkbox"/> Lacerações
Pele		Coluna Dorsal						Membros	
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoarnões <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/> Deformidade				<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações		<input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Avulsão	
AVALIAÇÃO CARDIACA									
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fibrilar		<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia		<input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Respiratória		<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica		<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Sequela AVC	HISTÓRIA PEGRESSA
GRAVIDADE COMPROVADA		<input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> INDETERMINADA							Medicações em u
INCIDENTE	<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Trote		<input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Bombeiro no local				MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS		
RCP	<input type="checkbox"/> Iniciada as: <u> </u> <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> Término as: <u> </u> <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso				<input type="checkbox"/> RCP Não realizado				
DESTINO	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT		<input type="checkbox"/> Grande Trauma - GT <input type="checkbox"/> Hosp. Coronel Matos		<input checked="" type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> SAMINSN		<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HC <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros		

29 JAN 2019

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro
(Unidade de Destino)

GENTE SEGURADORA S/A

CONFERE COM O ORIGINAL

*Heloisa B. Oliveira
Médico Regulador
CRM-RR 195*

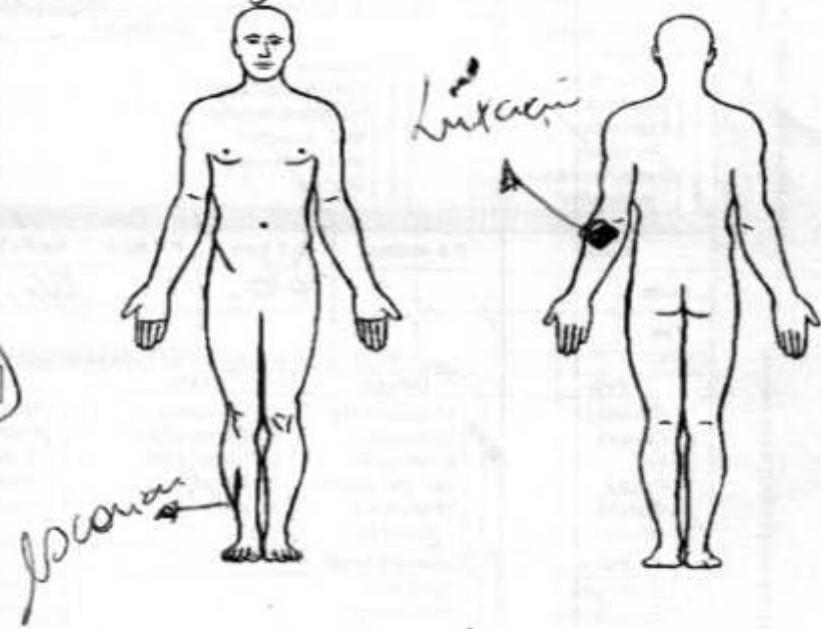
CIEPAENRTP CE DO NT E	Description:
	Name of Receptor:
	Function of Receptor:
	Signature of Receptor:
TERMO DE RECUSA	I declare for the above mentioned that I am refusing medical treatment provided by SAMU/Boa Vista, on this opportunity.
	Signature of Patient:

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana:	Movimentos fetais:	
Perda de líquido:	BCF:	
[] Com cartão [] Sem cartão		

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

TOTAL DE PONTOS

15



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Vitíme de Colisão moto x carro,
precavendo perdeu, late, glosseu b6,
opriete desse surto de céulo
("E") (Início)
e fimo d'urina nha eptol
juntando os St, HGN.

Melissa B. B.
Médico Residente
CAMPANHA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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 Policia: 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

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO (CONDUTOR)	ÁREA DE REGISTROS - DPVAT
Nacionalidade: Brasileira	CÓDIGO DE HÁBITO VERIFICADO
Endereço	
Município: Boa Vista - RR Logradouro: RUA ESTRELA CELESTE Bairro: ARACELIS	Nº 998
	25 FEV 2019
Nome Civil: SOLIMAR LUIS LEAL (CONDUTOR)	GENTE SEGURADORA S/A
Nacionalidade: Brasileira	Av. Capitão João Barreto, 484 - Boa Vista - RR
Endereço	
Município: Boa Vista - RR Logradouro: RUA RISOS DO PRADO Bairro: PR/CUMA	Nº: 126

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.





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041942/2018

ASSINATURAS

Emanudes Ferreira Lima
Responsável pelo Atendimento

Policia Militar RR
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) delegado(a) responsável pelas informações acima assinadas e crente que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Celulosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

ADITADO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Ribeiro, 414 - Boa Vista - RR

DAT
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA: 22/02/2019
ASSINATURA
Jefferson Inacio Araujo
AP 2006972



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 Policia: 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 REGISTROS - DIVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Crédito Real, 2000, Centro, Boa Vista - RR

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

Sobgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

CPF/CNPJ do Proprietário 611.291.352-68

Placa NAT0437

Renavam 00927100363

Número do Motor 178F1011*7622910*

Número do Chassi 9BD17206G83338216

Ano/Modelo Fabricação 2008/2007

Número da Carroceria 74742537

Cor PRATA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Delegado de Policia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha

Página 1 de 2

Impresso por: Jefferson Inacio Araujo

Data de Impressão: 22/02/2019 08:17

Protocolo nº: Não disponível

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 Araujo

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

Quantidade 1 Unidade

Veículo Adulterado? Não

Última Atualização Denatran 11/07/2011

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO -
ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Solimar Luis Leal

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O ROP PM comunica um acidente de transito 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.

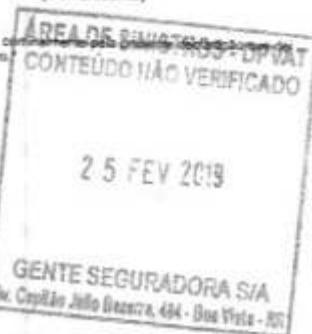
ASSINATURAS

Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Responsável pelo Atendimento

Policia Militar RR
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) (único/a) responsável pelas informações acima apresentadas e que posso responder civil e criminalmente pelas informações contidas no boletim de ocorrência, salvo se houver prova contrária." (Artigo 339 - Denúncia Caluniosa e 340 - Denúncia Falsa de Crime ou de Conveniência do Código Penal Brasileiro)

DATA: 22/02/2019
CONFIRA COM O OFICIAL
Assinatura: [Signature]
Data: 22/02/2019
Assinatura: [Signature]



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





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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: Policia Militar Nº do Documento: 048789 J Data: 23/10/2018
Delegado de Policia: 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

14/10/2019

Bairro: São Francisco

Tipo do Local: Via Pública

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Ceará Jóia Branca, 434 - Boa Vista - RR

Natureza

Méio(s) Empregado(s)

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Veículo

ENVOLVIDO(S)

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

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 40

Estado Civil: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ESTRELA CELESTE

Nº: 998

Bairro: ARACELIS

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

Nº: 126

Bairro: PRICUMA

Telefone: (95) 98100-5438 (Celular)

Razão Social: POLICIA 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 Simeão 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 transito 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 Companheira 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 vitima 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.

ÁREA DE SINISTROS - LIVRAR
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S/A



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041942/2018-A02

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat. 892000909

Jefferson Inacio Araujo
Responsável pelo Atendimento

ASSINATURAS
DAT

21 MAR. 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFIRMO

Solimar Luis Leal
(Envolvido / Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelos resultados do(s) crime(s) assinalado(s) e cito(a) que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Colunista e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Dantas, 414 - Boa Vista - RR



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 Policia: 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)

Bairro: São Francisco

Logradouro: RUA ARNALDO BRANDÃO

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)	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
---	---------------------------

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº. 998

Logradouro: RUA ESTRELA CELESTE

Bairro: ARACELIS

Nome Civil: SOLIMAR LUIS LEAL (CONDUTOR)	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
Nacionalidade: Brasileira	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº. 126

29 JAN 2019

Logradouro: RUA RISOS DO PRADO

Bairro: PRICUMA

Razão Social: POLICIA MILITAR RR (COMUNICANTE)	GENTE SEGURADORA S/A
Ramo de Atuação: Órgão público	Av. Ceará, 1000 Centro, 6901-000 - Boa Vista - RR

Endereço

Município: Boa Vista - RR

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

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

DAT
Jorge Fernando Paiva Figueiredo

Responsável pelo Atendimento

Policia Militar RR
(Comunicante)

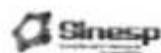
"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) (me)sma) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderé responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Celulosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção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

MENTE DE POLÍCIA
CONFERIDA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Castilho Braga Estrela, 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:

Nome completo da vítima:

769477003-10 Solimara Luis Beal

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

Nome completo:

Solimara Luis Beal

CPF: 769477003-10

Profissão:

AVX. TRAFEGO

Endereço:

R1503 do Prado

Número: 126 Complemento: AP 04

Bairro:

Princípia

Cidade:

BOA VISTA

E-mail:

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

RENDIMENTO:

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: 1027

CONTA: 29696

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 as custas da Seguradora Lider 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 contestá-la, caso discordo 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:
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: Solimara Luis Beal
CPF: 769477003-10

TESTEMUNHAS
1º | Nome: ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CPF: CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura
29 JAN 2019

2º | Nome: CIPOMÁT
CPF: GENTE SEGURADORA S/A

Assinatura
Av. Crispim Júlio 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 RODO, 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.

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, 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

