



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.

1901093793

05/04/2019 19:48:00

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 6

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
	15/09/1984	34 A 6 M 20 D	898002725030279	85704865291	00157591
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE	226690	SESP/RR	13/04/2000	F	UNIAO
Mãe					PARDA
CLEUDES VIEIRA DE SOUSA					ARAGUATINS - TO
Endereço					BRASILEIRA
RUA - JOSE QUEIROZ - 1943 - BURITIS - BOA VISTA - RR					Contato
					(95) 99143-8669
					Ocupação
					NÃO INFORMADA
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
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA				
					Registrado por:
					EDILEUDA.SOUZA

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Queda de moto

Anamnese de Enfermagem

Nega alergias

GSC

TOTAL

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 19:48 h) Paciente trazida pelo SAMU em prancha rígida e colar cervical, refere dor em face (D), coxa (D) e tornozelo (D). A tentativa de retirar o colar, referiu dor em região nuchal.

Colar cervical mantido - SAMU fez 1g de dipirona e 40mg de Temexicam

Exame Físico

REG, LOTE, aa, pupilas isocóricas e fotoreagentes

Dor à mobilização passiva e limitação de movimento de tornozelo (D)

Hipótese Diagnóstica

Politrauma

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

- 1 Dipirona 1g EV
- 2 Hidrocortisona 100mg EV
- 3 Sol. av. da Boca

37x/60



Conduta

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

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

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Dra. Adelle Grazi Costa
Médico Residente
Carimbo e Assinatura do Médico
CRM/RR 1988

Impresso por: edileuda.souza
Data Hora: 05/04/2019 19:49:18



1901093793



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.

1901093793 05/04/2019 19:48:00 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 6

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF 07 Prontuário
GLEIDE SOUSA MARTINS 15/09/1984 34 A 8 M 2 D 898002725030279 85704865291 00157591
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 226690 SESP/RR 13/04/2000 F UNIAO PARDA ARAGUATINS - TO BRASILEIRA
Mãe Contato
CLEUDEZ VIEIRA DE SOUSA FRANCISCO CLETO MARTINS (95) 99143-8669
Endereço Ocupação
RUA - JOSE QUEIROZ - 1943 - BURITIS - BOA VISTA - RR NÃO INFORMADA

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

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)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: cassia.andrade
Data Hora: 17/05/2019 16:29:02

0-2019
001010 - Sistema de Informação
RUA - JOSE QUEIROZ - 1943 - BURITIS - BOA VISTA - RR



1901093793

Ab. Blue Note.

Wolfram trial, Schiedel te., System de fihue ammelvedere
de l'etat. ⑦. Schiedel Plakolowen um in Bisthenio.





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



00157591

CADASTRO DE PACIENTE

Paciente: **GLEIDE SOUSA MARTINS** Prontuário: **00157591** Localização:
Data de Nascimento: **15/09/1984** Idade: **34 A 8 M 2 D** Sexo: **FEMININO** CPF: **857.048.652-91** C.N.S.: **898002725030279**
Documento: **IDENTIDADE** Número: **226690** Orgão Emissor: **SESP/RR** Emissão: **13/04/2000** Parcoiro: **NÃO**
Estado Civil: **UNIAO ESTAVEL** Cônjuge:
Raça/Cor: **PARDA** Etnia: Escolaridade: **ENSINO MEDIO COMPLETO**
Nacionalidade: **BRASILEIRA** Naturalidade: **ARAGUATINS - TO**
Mãe: **CLEUDES VIEIRA DE SOUSA** Ocupação: **NÃO INFORMADA**
Pai: **FRANCISCO CLETO MARTINS**
Endereço: **RUA: JOSE QUEIROZ Nº: 1943 Compl: Bairro: BURITIS Cidade: BOA VISTA - RR CEP: 69309207**
Contatos - Residencial: Trabalho: Cel1: **(95) 99143-8669** Cel2: **(95) 99143-8671**
e-mail: Data do Cadastro: **26/03/2009 00:00:00** Alterado em: **05/04/2019 19:48:31**





ATESTADO MÉDICO / DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr. (a): Gleide Sousa
Martins

foi atendido no ☒ Hospital Geral de Roraima/PAAR/PSFE (☐ UNACON,
no dia 05 / 04 / 19 às 20 : 00 horas.

O mesmo:

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

(☒) Necessita de três (03) dia (s) de licença médica.

CID:

Boa Vista,

05 / 04 / 19

Autorizo a informação do CID:

Assinatura do cliente / paciente



Dr. Gleide Gai Costa
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM/RR 1988

Assinatura / carimbo médico

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



GOVERNO DE RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATESTADO

ESTADO QUE O USUÁRIO Gleide Sousa Martins

DETADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº

NECESSITA DE 07 (SETE) DIAS

DE AFASTAMENTO, A PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.

DE S.024

Boa Vista, 09 de Abril de 2019

Rodrigo da França Acioly
Cirurgião Buco Maxilo Facial
Ortodontista
CRO-RR 257

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ODONTÓLOGO CRM - CRO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTA NO ART. 86 DO
RGPS APROVADO PELO DEC. Nº 80.501, DE 14/03/87 E, SERÁ EXPEDIDO JUSTIFICA-
TIVA DE 01 À 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE

Nome: <u>Gleide Souse Martins</u>		Data de Nascimento: <u>15/03/84</u>	Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>Rua Jose Queiroz</u>		Nº: <u>1943</u>	
Complemento: <u>01</u>		Bairro: <u>Benedito</u>	
Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69308-207</u>	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem.		Doc. Inscrição (Nº e Série):	
Estado Civil: <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Desquitado/Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo		Tem outra atividade com vinculação à previdência social? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

Assinatura: _____

Nome do Procurador ou Curador	
Endereço	

ATESTADO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

Empresa: <u>Gleide O. Pinto - ME</u>	Nº CNPJ: <u>34812305/0001-10</u>
Endereço: <u>Travessa B</u>	Nº: <u>89</u>
Complemento:	Bairro: <u>Centro</u>
Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69301-225</u>
Último dia de trabalho do segurado: <u>05/04/2018</u>	Afastado por: <input checked="" type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Acidente do trabalho <input type="checkbox"/> Férias

Dependentes para Salário Família

Prenome dos filhos	Data Nasc.	Prenome dos Filhos	Data Nasc.
<u>afatke gloe</u>	<u>2014</u>		

Localidade: Boa Vista Data: 16/04/2018

Gleide O. Pinto
Assinatura do responsável pelo requerimento

34.812.305/0001-10
Gleide O. Pinto - ME

Instruções

1. O requerimento deve ser preenchido sem rasuras e preferencialmente à máquina.
2. No caso de segurado empregado, a empresa é responsável pelo preenchimento do Atestado de Afastamento do Trabalho.
3. No mês do afastamento do trabalho se a empresa efetuar o pagamento integral do Salário Família, o INSS fará o mesmo no mês da cessação do benefício, evitando-se assim, cálculo de valores fracionados.

Travessa B, Nº 89 - Centro
CEP: 69.301-225
BOA VISTA/RR



GOVERNO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATESTADO

TESTADO QUE O USUÁRIO Gleide Souza
Martins
PORTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____
SÓME _____ NECESSITA DE 30 (trinta) DIAS
DE AFASTAMENTO, A PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.
S.O. 24

Bom Visto. 16 de Abril de 2019

Rodrigo da França Acioly
Cirurgião Buco Maxilo Far.
Ortodontista
CRO-PR 241

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ODONTÓLOGICO CRM - CRO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTA NO ART. 86 DO
PGPS APROVADO PELO DEC. Nº 60.601, DE 14/08/67 E, SERÁ EXPEDIDO JUSTIFICA-
TIVA DE 01 À 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE

Nome: <u>Gleide Souza Martins</u>		Data de Nascimento: <u>15/08/84</u>	Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>Rua Jose Queiroz</u>		Nº: <u>1943</u>	
Complemento: <u>01</u>		Bairro: <u>Bunitia</u>	
Cidade: <u>Boa Vista</u>		Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69308-207</u>
Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem.		Doc. Inscrição (Nº e Série)	
Estado Civil: <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Desquitado/Divorciado		Tem outra atividade com vinculação à previdência social? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

Assinatura: _____

Nome do Procurador ou Curador	
Endereço	

ATESTADO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

Empresa: <u>Gilce O. Pinto - ME</u>	Nº CNPJ: <u>348.12305/0001-10</u>
Endereço: <u>Travessa B</u>	Nº: <u>89</u>
Complemento:	Bairro: <u>Centro</u>
Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69301-225</u>
Último dia de trabalho do segurado: <u>05/04/2019</u>	Afastado por: <input checked="" type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Acidente do trabalho <input type="checkbox"/> Férias

Dependentes para Salário Família

Prenome dos filhos	Data Nasc.	Prenome dos Filhos	Data Nasc.
<u>Galhe 8002</u>	<u>2014</u>		

Localidade: <u>Boa Vista</u>	Data: <u>16/04/2019</u>
------------------------------	-------------------------

Assinatura do responsável e carimbo da Empresa

Instruções

1. O requerimento deve ser preenchido sem rasuras e preferencialmente à máquina.
2. No caso de segurado empregado, a empresa é responsável pelo preenchimento do Atestado de Afastamento do Trabalho.
3. No mês do afastamento do trabalho se a empresa efetuar o pagamento integral do Salário Família, o INSS fará o mesmo no mês da cessação do benefício, evitando-se assim, cálculo de valores fraqueados.

348.12305/0001-10
Gilce O. Pinto - ME
Travessa B, Nº 89 - Centro
CEP: 69.301-225
BOA VISTA/RR



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CLÍNICA MÉDICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: _____

PRONTUÁRIO Nº _____

DN: ____/____/____

DATA
HORA

EVOLUÇÃO

Glândula Salivares aumentadas

06/06/16

Paciente vítima de acidente automobilístico
apresenta ferimento de tipo zigomático, sem desloca-
mento e sem perda dos dentes. A lesão não
afeta a realização de sua atividade habitual

O.D. 5034

Rodrigo da França Amorim
Cirurgião Buco Maxilo Facial
Ortodontista
CRM 257



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 13213447276

Número do Benefício: 6276546287

Espécie: 31

Número do Requerimento: 195960726

Ao Sr. (a): GLEIDE SOUSA MARTINS

Endereço: JOSE QUEIROZ 1943 APT 03, BURITIS

CEP: 69309207 Município: BOA VISTA

UF: RR

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei N°8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto N°3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, Artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 22/04/2019, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 30/05/2019.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (30/05/2019), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de Solicitação de Prorrogação.

A partir de 30/05/2019 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento de Solicitação de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data, 24 de Abril de 2019

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: BOA VISTA RR

CEP: 69301250 Município: BOA VISTA

Endereço: AV GLAYCON DE PAIVA, 132 PREDIO, CENTRO

UF: RR

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente,

Assinatura do Requerente / Representante Legal



GOV. DO ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO

ATESTADO QUE O USUÁRIO Edicle Sousa Lourenço

PORTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____

SÉRIE _____ NEGOCITA DE 15 Quinze DIAS

DE AFASTAMENTO, A PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.

C.I.D. K06

28 de 05 de 19

Roberto da França Araújo
Gurgel Buco Maxilo Fa.
Ortodontista
CRO-RR 257

SIGNATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ODONTÓLOGO

PM - CHO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS ART. 86 DO
PPPS APROVADO PELO DEC. Nº 50.501, DE 14/03/67 E, SERÁ EXPEDIENTE DE 01 A 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO, JUSTIFICA-



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATESTADO

DECLARA QUE O USUÁRIO

Gleide Sousa Martins

DETENTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº

SERIE

NECESSITA DE

07 (sete) DIAS

DE AFASTAMENTO, A PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.

S.024

Boa Vista, 09 de Abril de 2019

Rodrigo da França Aciole
Cirurgião Buco Maxilo Facial
Ortodontista
CRO-RR 257

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ODONTOLÓGICO CRM - CRO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTA NO ART. 86 DO
PGPS APROVADO PELO DEC. Nº 80.601, DE 14/09/87 E, SERÁ EXPEDIDO JUSTIFICA-
TIVA DE 01 A 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.

ATESTADO MÉDICO / DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr. (a): Gleide Sousa
Martins

foi atendido no (X) Hospital Geral de Roraima/PAAR/PSFE (; UNACON,
no dia 05 / 04 / 19 às 20 : 00 horas.

O mesmo:

- () Não necessita de licença, atesto apenas o seu comparecimento.
(X) Necessita de três (03) dia (s) de licença médica.

CID:

Boa Vista,

05 / 04 / 19

Autorizo a informação do CID:

Assinatura do cliente / paciente



Dra. Andréia Gai Costa
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRM/RR 1988

Assinatura / carimbo médico

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



GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATESTADO

TESTADO QUE O USUÁRIO Gleide Souza
Martins

TESTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____

RENIE _____ NECESSITA DE 30 (trinta) DIAS

DE AFASTAMENTO, A PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.

DI. 5.029

Bom Vista RR 16 de Abril de 2019

Rodrigo da França Arioli
Cirurgião Buco Maxilo Far.
(Ortodontista)
(CRO-RR-257)

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ODONTÓLOGICO CRM - CRO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTA NO ART. 86 DO
PGPS APROVADO PELO DEC. Nº 60.501, DE 14/03/87 E, SERÁ EXPEDIDO: JUSTIFICA-
TIVA DE AT À 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.

Nome: Gleide Sousa Martins

Idade: 34 Anos e 9 Meses

Genero: Feminino

Data do Exame: 03/07/2019

Documento:

Empresa:

Convênio:

Cargo:

Atendimento:

Repouso Auditivo: h

Audiômetro: AD 229b

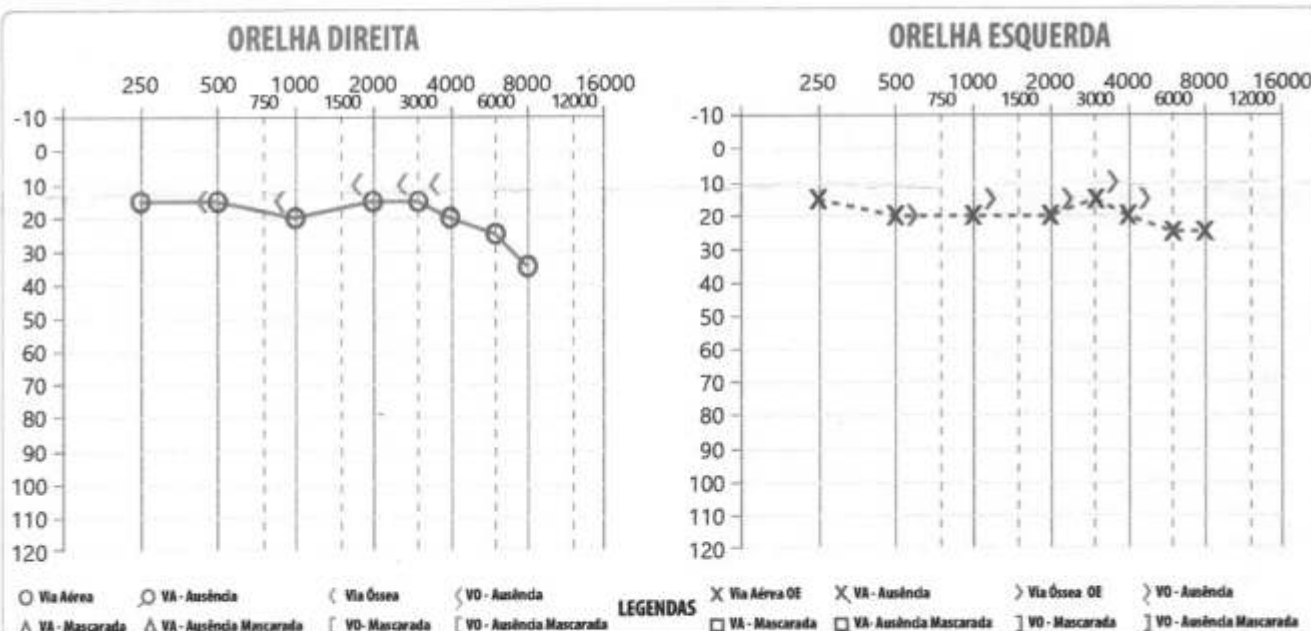
Aferido: 26/03/2019 - Imitanciômetro: AT 235

Aferido: 05/04/2019

MEATOSCOPIA

Orelha Direita: Sem Obstrução na Presente Data (INSP.MAE)

Orelha Esquerda: Sem Obstrução na Presente Data (INSP.MAE)

AUDIOMETRIA: Tonal


ÍNDICE PERCENTUAL DE RECONHECIMENTO DE FALA		25 PALAVRAS FALADAS	
	INTENSIDADE	MONOSSILÁBICA	DISSILÁBICA
OD	55 dB	100 %	96 %
OE	60 dB	100 %	96 %

LIMIARES		
	OD	OE
LRF	20 dB	20 dB
LAF	dB	dB

MASCARAMENTO EM dB					
	VIA AÉREA		VIA ÓSSEA		LOGOaudiometria
	MÍNIMO	MÁXIMO	MÍNIMO	MÁXIMO	QUANTIDADE
OD	dB	dB	dB	dB	dB
OE	dB	dB	dB	dB	dB

PARECER AUDIOLÓGICO:

Paciente tem queixa de zumbido em lado direito há mais de 6 anos.

OBS: Audiometria realizada com estímulo "Warble", recomendado para casos de zumbido.

Limiares audiométricos normais bilateralmente, com queda para a frequência de 8000 Hz em orelha direita.

Grau de Perda Auditiva normal - Média 500, 1000 e 2000Hz (Lloyd e Kaplan);

Configuração Audiométrica descendente leve em orelha direita (Piora de 5 a 12 dB/oitava em direção às frequências altas) e horizontal em orelha esquerda. (Carhart, 1936);

Audiometria vocal normal em ambas as orelhas: Índice de Reconhecimento da Fala - IPRF (Jerger, Speaks e Trammell, 1968).

Taíssa
 Taíssa Luna
 Fonoaudióloga
 CRFa 13329-1

Nome: Gleide Sousa Martins

Idade: 34 Anos e 9 Meses

Gênero: Feminino

Data do Exame: 03/07/2019

Documento:

Empresa:

Convênio:

Cargo:

Atendimento:

Repouso Auditivo: h

Audiômetro: AD 229b

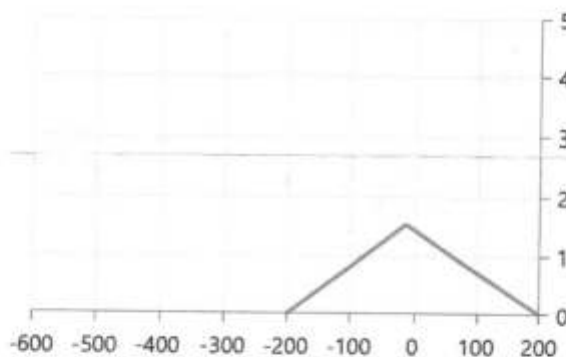
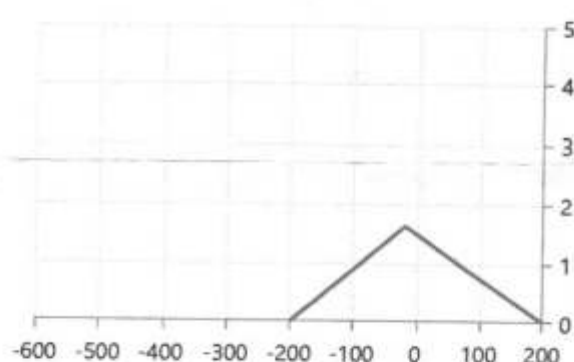
Aferido: 26/03/2019 - Imitanciômetro: AT 235

Aferido: 05/04/2019

MEATOSCOPIA

Orelha Direita: Sem Obstrução na Presente Data (INSP.MAE)

Orelha Esquerda: Sem Obstrução na Presente Data (INSP.MAE)

ORELHA DIREITA
TIMPANOMETRIA
ORELHA ESQUERDA

 TIPO: **Ad**

 TIPO: **Ad**

Complância (ml):	Pressão Ouvido Médio (daPa)	Máximo Relaxamento (ml)	Complância +200 daPa (ml)	Complância Estática (ml)
ORELHA DIREITA	-12	1.5	0	1.5
ORELHA ESQUERDA	-18	1.6	0	1.6

Aferência Direita
REFLEXO ACUSTICO
Aferência Esquerda

Limiar	Contra OD	Diferença	IPSI
15	100	85	100
20	95	75	100
15	100	85	105
20	100	80	100

FREQUÊNCIA
500 Hz
1.000 Hz
2.000 Hz
4.000 Hz

Limiar	Contra OE	Diferença	IPSI
20	95	75	100
20	100	80	100
20	100	80	95
20	95	75	95

PARECER AUDIOLÓGICO:

Notas do Médico:


 Taíssa Luna
 Fonoaudióloga
 CRFa 13329-1

Nome: **GLEIDES SOUSA MARTINS**

Data: 02/08/2019 Idade: 34A

Procedência: **ELETIVO**

Médico Solicitante: RUI SOUZA

Cód. Pac.: 53460

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE E CRÂNIO

Protocolo:

Exame realizado com cortes tomográficos computadorizados axiais volumétricos, obtidos com técnica multi-slice.

Indicação:

- Cefaleia pós-trauma de face.

Relatório:

SEIOS DA FACE

- Discreto desvio do septo nasal, de aspecto sinuoso, dextroconvexo superiormente e levoconvexo inferiormente, com predomínio junto a junção osteocartilaginosa, associado a mínimo esporão ósseo tocando a concha nasal inferior respectiva.
- Seios paranasais apresentando aeração preservada.
- Unidades osteomeatais e recessos de drenagem dos seios paranasais pérvios.
- Conchas, cavidades e meatos nasais preservados.
- Canais dos nervos ópticos sem sinais de deiscência.
- Fossas pterigopalatinas, cavidades orbitárias e estruturas da rinofaringe simétricas.

CRÂNIO

- Sulcos corticais e cisternas encefálicas com amplitudes habituais para a faixa etária.
- Sistema ventricular supratentorial de aspecto habitual.
- Parênquima cerebral com morfologia e atenuação normais.
- Tronco cerebral e cerebelo com morfologia e atenuação preservados.
- Ausência de calcificações de aspecto patológico.
- Linha média sem desvios significativos.
- Ausência de coleções ou massas intra ou extra-axiais, respeitadas as limitações do método.

Conclusão:

- **Discreto desvio sinuoso do septo nasal.**
- **Estudo do crânio sem particularidades de nota.**

Dr. Daniel Lopes Azevedo
Resp. Técnico
CRM-RR 1191
RQE: 566. Médico

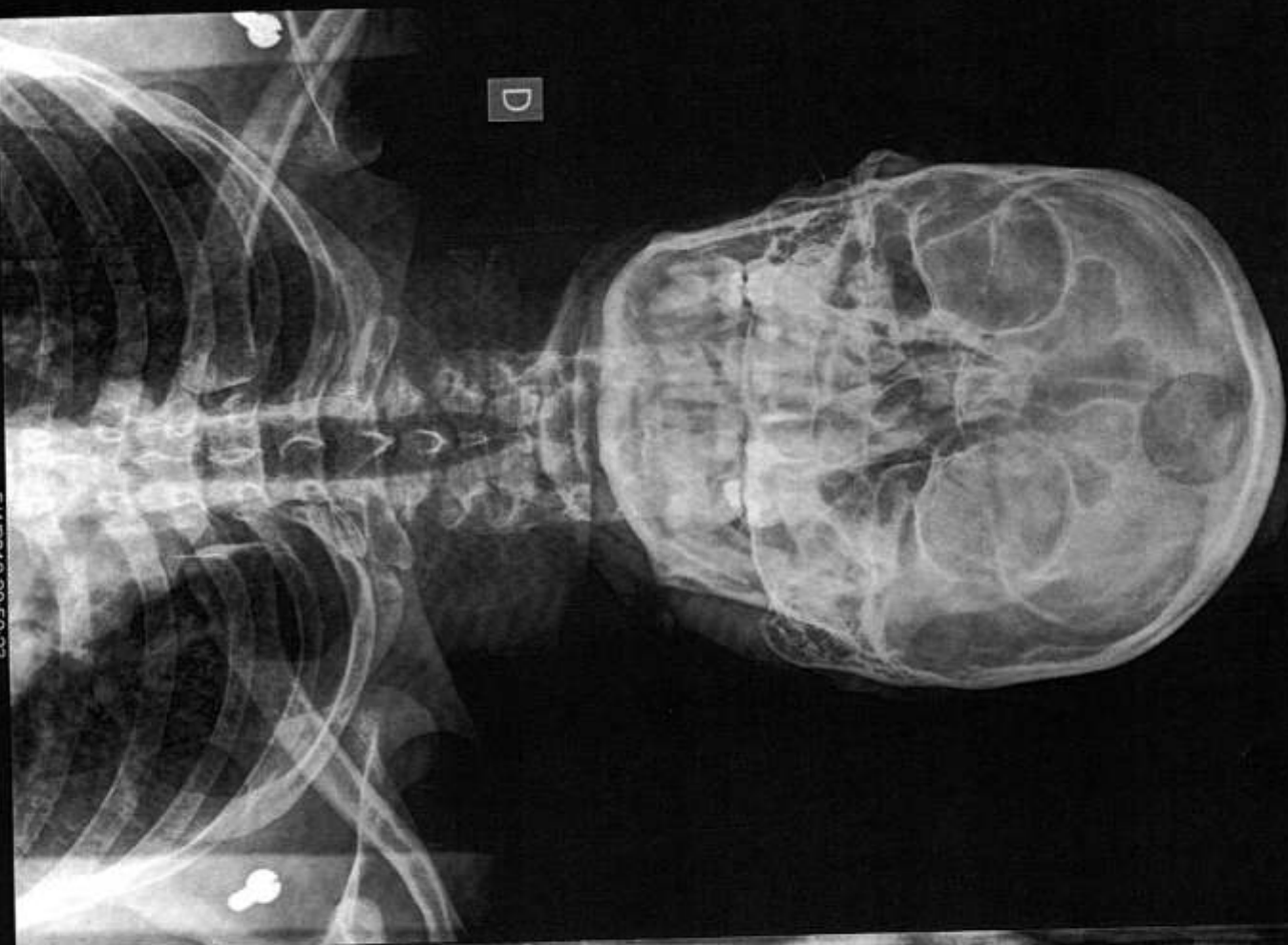
Dr. Daniel Lopes Azevedo. RQE 566
Responsável Técnico

Dr. Daniel Lopes Azevedo
Médico
CRM 1191/RR

Dr. Daniel Lopes Azevedo
Membro titular do CBR

/ CRM:1191 RR

NOTA: As informações contidas neste resultado representa a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode ser modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



40.7 %

5/4/2019 20:50:23

D



44.1 %

5/4/2019 20:50:23

E

, GLEIDI SOUSA MKARTINS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



D

53.9 %

5/4/2019 22:34:49

54.1 %

5/4/2019 22:34:49

GLEIDE SOUSA MARTINS ,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



□

D

GLEIDI SOUSA MKARTINS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

5/4/2019 20:50:23

53,7 %

D



57,3 %

GLEIDI SOUSA MKARTINS

5/4/2019 20:50:23

X



52,5 %

5/4/2019 20:50:23

PHILIPPE BELLANGE 6 OF 7/34
5 APR 2019 22:31:04.0 80376-2
120KV, 300MAS 2.43 mm
CT 636
WI 2584

PHILIPPE BELLANGE 6 OF 7/34
5 APR 2019 22:31:04.0 80376-3
120KV, 300MAS 4.86 mm
CT 636
WI 2584

PHILIPPE BELLANGE 6 OF 7/34
5 APR 2019 22:31:04.0 80376-4
120KV, 300MAS 7.29 mm
CT 636
WI 2584

PHILIPPE BELLANGE 6 OF 7/34
5 APR 2019 22:31:04.0 80376-5
120KV, 300MAS 9.72 mm
CT 636
WI 2584

PHILIPPE BELLANGE 6 OF 7/34
5 APR 2019 22:31:04.0 80376-6
120KV, 300MAS 12.15 mm
CT 636
WI 2584

PHILIPPE BELLANGE 6 OF 7/34
5 APR 2019 22:31:04.0 80376-7
120KV, 300MAS 14.58 mm
CT 636
WI 2584

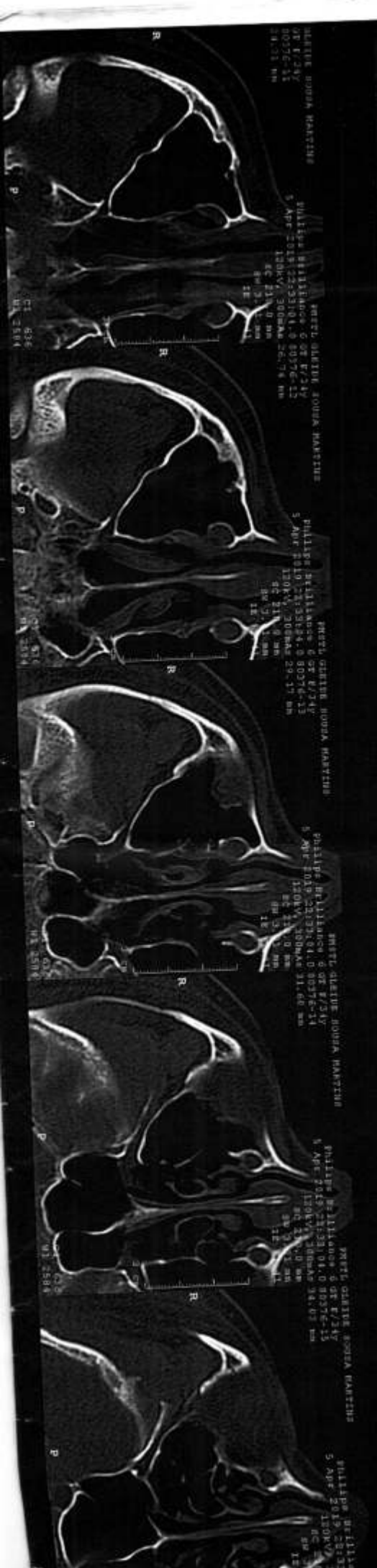
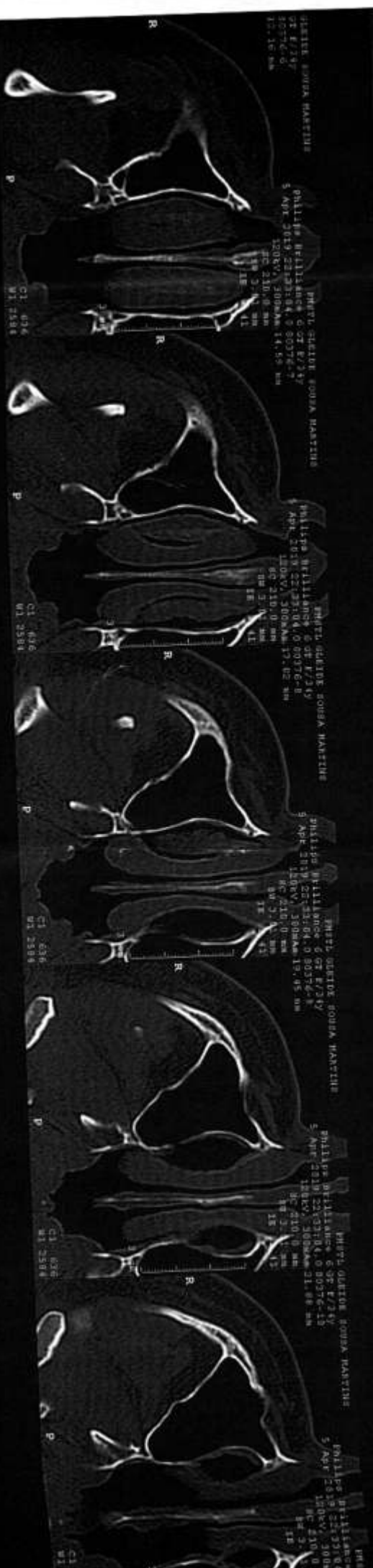
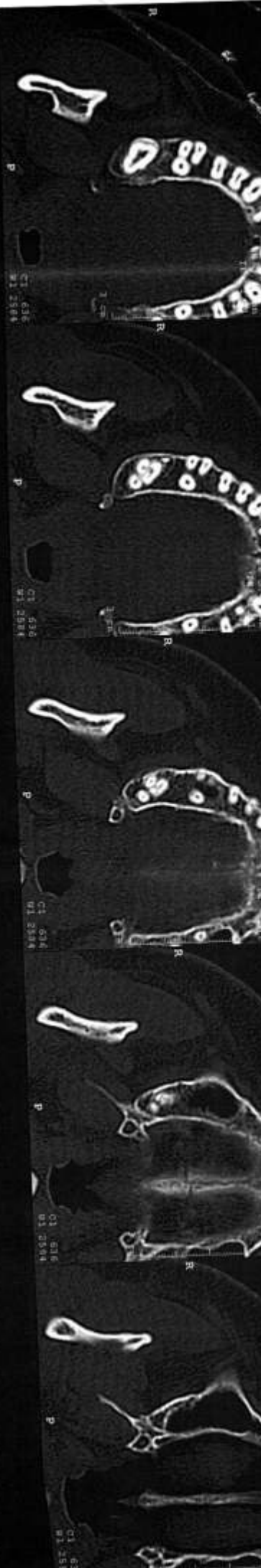
PHILIPPE BELLANGE 6 OF 7/34
5 APR 2019 22:31:04.0 80376-8
120KV, 300MAS 17.01 mm
CT 636
WI 2584

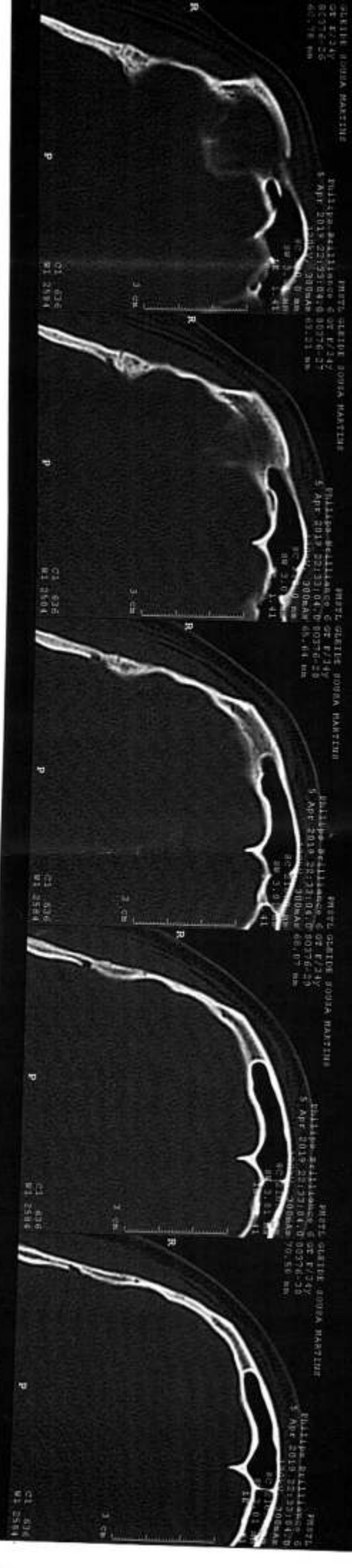
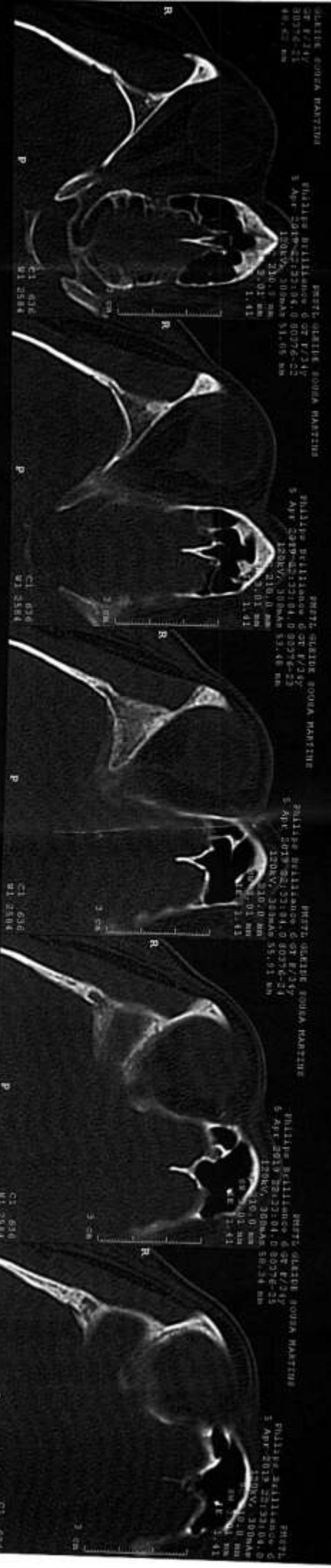
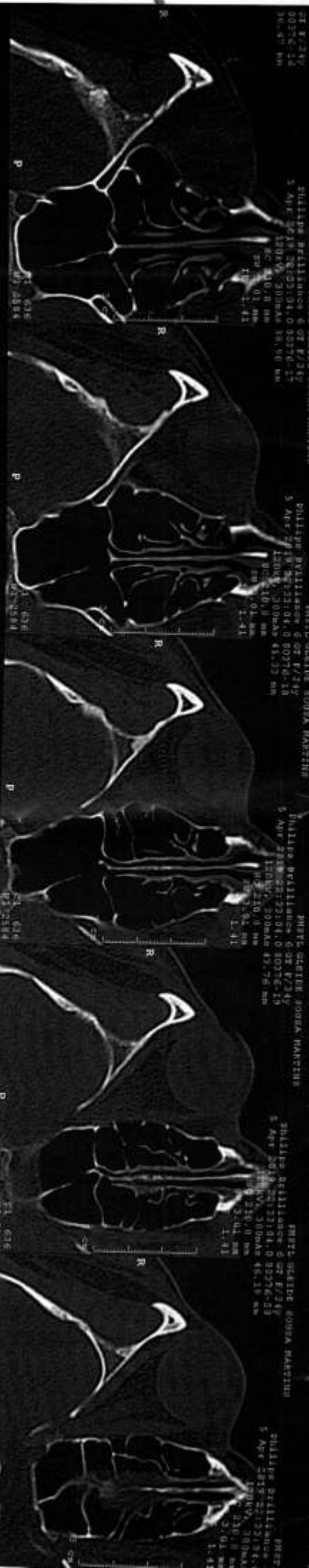
PHILIPPE BELLANGE 6 OF 7/34
5 APR 2019 22:31:04.0 80376-9
120KV, 300MAS 19.44 mm
CT 636
WI 2584

PHILIPPE BELLANGE 6 OF 7/34
5 APR 2019 22:31:04.0 80376-10
120KV, 300MAS 21.87 mm
CT 636
WI 2584

PHILIPPE BELLANGE 6 OF 7/34
5 APR 2019 22:31:04.0 80376-11
120KV, 300MAS 24.30 mm
CT 636
WI 2584

PHILIPPE BELLANGE 6 OF 7/34
5 APR 2019 22:31:04.0 80376-12
120KV, 300MAS 26.73 mm
CT 636
WI 2584






MINISTÉRIO DO TRABALHO
 SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP
132.13447.27-6

NÚMERO **2645625** SERIE **001-0** RR **RR**

Gleide Sousa Martins

ASSINATURA DO TITULAR




QUALIFICAÇÃO CIVIL 02

NOME CLEIDE SOUSA MARTINS LOG. DE NASC. BRAGUATINS FILIAÇÃO FRANCISCO CLETO MARTINS CLEIDES VIEIRA DE SOUSA DOC. PRESENTADO RG 226890 SESP-RR ESTADO CIVIL SOLTEIRO	Nº 226890 T. EMISSÃO 003046902674 DATA 12/7 Nº 2557 048.652-91 DATA 20/11/3	DATA 25/07/2005 ASSINATURA E CARIMBO DO EMPREGADOR
---	--	--

ALTERAÇÃO

RELACAO

DATA DE NASC. DE
DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO

NOME **Gleide**

DOCUMENTO **C-1**

ASSINATURA E CARIMBO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO

L E G

A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E -
B - SUPLENÇÃO D - ADOÇÃO F -

**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:	3190700696
Nome do(a) Examinado(a):	GLEIDE SOUSA MARTINS
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA JOSÉ QUEIROZ, 1943, AP 03, BURITIS
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	857.048.652-91
Data e local do acidente:	05/04/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 30/12/2019

Resultado da Avaliação Médica

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

VITIMA DE COLISÃO MOTO/AMBULÂNCIA COM CONSEQUENTE FRATURA DA FACE DIREITA

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

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA EM REGIÃO PERIORBITAL D, EM ACOMPANHAMENTO CONTINUO COM NEUROLOGISTA DEVIDO TER EVOLUIDO COM CEFALIA CRONICA E EM USO DE AMITRIPTILINA + TRAMAL

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

FACE D: ALTERAÇÃO ANATOMICA EM REGIÃO PERIORBITAL D (LATERAL) SUGESTIVA DE AFUNDAMENTO

IV) Nexa 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.

ESTRUTURA CRANIO/FACIAL: ALTERAÇÃO ANAOTOFUNCIONAL MODERADA

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): ESTRUTURA CRANIO/FACIAL

% do dano: () 10% residual () 25% leve (X) 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. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

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

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

56836 Invalid

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452252/19

Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS

CPF: 857.048.652-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/04/2019

Titular do CPF: GLEIDE SOUSA MARTINS

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

GLEIDE SOUSA MARTINS : 857.048.652-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/12/2019
Nome: GLEIDE SOUSA MARTINS
CPF: 857.048.652-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLEIDE SOUSA MARTINS

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190700696 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS **Data do acidente:** 05/04/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA FACE DIREITA

Descrição do exame físico: APRESENTA ALTERAÇÃO ANATÔMICA EM REGIÃO PERIORBITAL D (LATERAL) SUGESTIVA DE AFUNDAMENTO

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DA FACE DIREITA, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA EM REGIÃO PERIORBITAL D. EM ACOMPANHAMENTO CONTINUO COM NEUROLOGISTA DEVIDO TER EVOLUIDO COM CEFALÉIA CRÔNICA E EM USO DE AMITRIPTILINA + TRAMAL.

Sequelas permanentes: DANO ESTÉTICO.

Sequelas: Sequela não indenizável

Data do exame físico: 30/12/2019

Conduta mantida:

Observações: AFUNDAMENTO EM FACE NÃO SE ENQUADRA EM SEQUELAS INDENIZÁVEIS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190700696 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS **Data do acidente:** 05/04/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO SEM DESLOCAMENTO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: 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.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190700696 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS **Data do acidente:** 05/04/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO SEM DESLOCAMENTO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: 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.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452252/19

Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS

CPF: 857.048.652-91

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 05/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GLEIDE SOUSA MARTINS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

GLEIDE SOUSA MARTINS : 857.048.652-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/12/2019
Nome: GLEIDE SOUSA MARTINS
CPF: 857.048.652-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLEIDE SOUSA MARTINS

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700696

Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS

Data do Acidente: 05/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLEIDE SOUSA MARTINS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700696

Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS

Data do Acidente: 05/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GLEIDE SOUSA MARTINS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700696

Vítima: GLEIDE SOUSA MARTINS

Data do Acidente: 05/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GLEIDE SOUSA MARTINS

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

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

857.048.652 - 91

4 - Nome completo da vítima:

Gleide Sousa MARTINS

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

5 - Nome completo:

Gleide Sousa MARTINS

6 - CPF:

857.048.652 - 91

7 - Profissão:

ASSISTENTE DE ALUNOS

8 - Endereço:

Rua José Duarte 1943 Baitis AP. 03

9 - Número:

3943

10 - Complemento:

APT. 03

11 - Bairro:

Baitis

12 - Cidade:

Bona Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.309.207

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

95.49143-8671

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

3027

CONTA:

226014

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vairasor)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bona Vista - RR 11/11/19

Gleide Sousa Martins

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012747/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/04/2019 09:59 Data/Hora Fim: 26/04/2019 10:26
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 26/04/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 05/04/2019 18:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Av: Mario Homem de Melo
Complemento: em frente à Retífica Roraima

Bairro: Buritis

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GLEIDE SOUSA MARTINS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: GO - Aragoiânia Sexo: Feminino Nasc: 15/09/1984
Profissão: Monitor de Alunos Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Cleudes Vieira de Sousa Nome do Pai: Francisco Cleto Martins

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 226690

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua José Queiroz
Complemento: ap - 03
Bairro: Buritis

Nº: 1943

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante vem a este DP para informar que é habilitada (CNH nº 04671803825), e que na data, hora e local acima informado, conduzia a motocicleta Honda FAN 150, ano/modelo 2010/2010, chassi 9C2KC1550AR183201, PLACA NAN-8419, RENAVAM 00233624031, a qual se encontra em nome de seu marido, Almir Lângelo Alves do Carmo, na faixa esquerda da via, pois iria fazer a manobra de conversão à esquerda na Avenida dos Imigrantes, quando teve a traseira da motocicleta colidida por uma Ambulância do SAMU que seguia no mesmo sentido da comunicante. Que a VTR do SAMU estava com sirene e giroflex ligados, porém, a comunicante teve que reduzir, devido o sinal se encontrar vermelho. Que a comunicante viu a VTR do SAMU pelo retrovisor, e deslocou a motocicleta o mais próximo possível da calçada, para dar passagem para a ambulância e uma vez que iria dobrar à esquerda. Que tinha como garupa, sua filha Karoline Vitória Martins Oliveira, de 17 anos, a qual teve ferimentos leves. Que a comunicante teve fratura na face. Que após a colisão, a VTR do SAMU não prestou socorro, e tomou rumo ignorado. Que populares ligaram para o SAMU, onde foi atendida por uma equipe e levada ao HGR para atendimento médico.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012747/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães
Responsável pelo Atendimento

Gleide Sousa Martins

Gleide Sousa Martins
(Comunicante / Vítima)

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

DAT

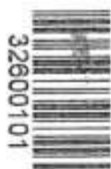
Jorge Fernando Palva Figueiredo

Delegado de Polícia Civil: Jorge Fernando Palva Figueiredo
Impresso por: Jorge Fernando Palva Figueiredo
Data de Impressão: 02/05/2019 10:45
Protocolo nº: N/A



AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

MMT: 42000787



CDD BOA VISTA RR

GLEIDE SOUSA MARTINS
RUA JOSE QUEIROZ, 1943
BURITIS
69309-207 BOA VISTA - RR



7213512820955370000003153030040419

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Almir Lângelo Alves do Carmo,
RG nº 139 474, data de expedição 29/01/15,
Órgão SSP-RR, portador do CPF nº 649.806.852-39, com
domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de
PORZIMA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R= JOSÉ QUEIROZ, nº 1943,
complemento APT: 03, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Gleide Salsa MARTINS, cujo o condutor era
Gleide Salsa MARTINS.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: BONDA - HONDA CG150 FAN ES
Ano: 2010/2010
Placa: NAN-8419
Chassi: 9C9KCL550AR183201
Data do Acidente: 05-04-2019
Local e Data: AV. MARIO Homem de Melo
Caembe.

07.08.2019



Assinatura do Declarante

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

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Escrevente
Av. João de Deus, 4507 - Boa Vista - RR
Fone: (16) 3547-1111
daniel.aquino@cartorioaquino.com.br

131.765.5d4ed1a20bd4
Recallado por: VERD ADEIRA s(s) firma(s)
*ALMIR LÂNGELO ALVES DO CARMO

Em testemunho de verdade, BPO
Do que deu fé, Boa Vista/RR, 07 de agosto de 2019.
Consulte os(s) selo(s) abaixo em: portal.selom.com.br
REC FIR 168286YDHUPK108V749221

Emolumentos: R\$ 2.45 Fundos ISS: R\$ 0.55 SELO: R\$ 1.50 Total: R\$ 4.50

131.765
Ylaira Carvalho Barbosa dos Santos
Escrevente Autorizada