

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: 21/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VENILSON BATISTA DE ANDRADE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000063025-7

Nr. da Autenticação 4054AC0AFB10BF70

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190314001 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VENILSON BATISTA DE ANDRADE **Data do acidente:** 26/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA. 3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. 4/ 15

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190314001 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VENILSON BATISTA DE ANDRADE **Data do acidente:** 26/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA. 3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. 4/ 15

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1800957065	26/05/2018 18:27:54	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		29
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário			
VENILSON BATISTA DE ANDRADE	15/07/1987	30 A 10 M 11 D						
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	259467			M		PARDA		BRASIL
Mãe				Pai				Contato
ALCANJA BATISTA DE ANDRADE							Ocupação	NÃO INFORMADA
Endereço								
- RUA JAIR DA SILVA MOTA - 83 -								
Class. de Risco	Piano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA							
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.				Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA					SOUSA		
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)

Re vítima de acidente motorista, refusa.
Dor em punho ①.

Exame Físico

MB & TE OK.

Hipótese Diagnóstica

FX na punho ①.

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

① Dexametazona 4mg ②
② Dexametazona 2mg ②

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: sousa
Data Hora: 26/05/2018 18:33:45

08 MAI 2018



1800957065

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 484 - Dom Vitor - RS

Ortopedia - Por Jonathan Lops

Paroste osteoma de antebraço de transição
Apresenta deformidade em unguem inflexa (D)

As Rx. Apresenta fratura exp. tubera (D)

cd. As CC

Dr. Thiago Mucchi
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-AM 2009



BLOCO B



SUS

Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HGR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HGR

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Vernilton Batista de Andrade

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

166089

9 - SEXO

M

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/07/82

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Allanisa Batista de Andrade

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Luiz da Silva Neto - 83

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bom Vista

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

RIO

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paroste um 1x exp a tibia D

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão João Batista, 484 - Bom Vista - RJ

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brq. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

19 SET. 2018

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é verdadeira e fiel ao original
que foi apresentado neste Hospital

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tto Cirúrgico

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

EF + Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fx Exp a tibia D

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteotomia de Fx Exp a tibia D

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Jonathan

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

26/05/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Thiago Mendes

Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2102

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

26/05/18

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

0408050500
5822
W499



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 26.05.18

O.S. _____

Venilson Batista De
Inchade

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Dr. Jonathan

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR: Dr. Ottonachi R.

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTA:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRURGICO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

19 SET. 2018

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

- 1 Paciente em D.D.H
- 2 Antissepsia + Anestesia
- 3 colocação de campos esterilizados
- 4 Incisão antero-inferior (D) e de base da fratura
- 5 colocação de placa + parafusos de fixação de interesse
- 6 L.M.E.
- 7 Sutura
- 8 Limpeza
- 9 RPA

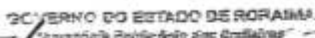
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Comendador João Batista 484 - Boa Vista - RR

Dr. Jonathan D. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-RR 17596 EOR 14272



Venilson Batista de Almeida.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Boc V.3 to
26/02/98



Aa Bb

ANESTESIA		CÓDIGO		CURSOS	
Dr. Edmar / Marisa E.		Dr. Joviano / R. Mo.		Dr. Tenório / R. Mo.	

6) Tenor in 20g
Soprano 2g
7) Tromba 100g
8) As R.A.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2013

GENE SEGURADORA S/A

Av. Conde João Bezerra, 434 - Boa Vista - RN

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Dr. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

~~19 SET. 2018~~

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Denilson Batista de Andrade</i>	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>26/05/18</i>
--	--------------	------------------	-------------------------

TIPO <i>osteossíntese de fratura exposta de ossos da perna</i>	CIRURGIA		
	INICIO <i>20:30</i>	FIM <i>22:00</i>	TEMPO TOTAL

CIRURGIÃO <i>Dr. Jhonatan</i>	EQUIPE MÉDICA	
	ANESTESISTA: <i>Dr. Edino</i>	
	RES. ANESTESIA: <i>Dr. Marcos R.</i>	

1º AUXILIAR <i>Dr. Pablo</i>	
2º AUXILIAR	

TIPO DE ANESTESIA: <i>Raqui 20:30</i>	CIRCULANTE <i>Cláudia</i>
--	------------------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<i>1</i>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.	<i>1</i>	<i>1</i>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	<i>500ml</i>
<i>1</i>	PACOTES GAZE	<i>1</i>	<i>1</i>	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<i>1</i>	LUVA ESTERIL 7.0		<i>1</i>	FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<i>1</i>	LUVA ESTERIL 7.5		<i>1</i>	FIO VICRYLNº	
<i>1</i>	LUVA ESTERIL 8.0		<i>1</i>	FIO MONONYLON Nº	<i>0</i>
<i>1</i>	LUVA ESTERIL 8.5		<i>1</i>	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<i>1</i>	LUVAS P/PROCEDIMENTOS		<i>1</i>	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<i>1</i>	LÂMINA BISTURINº 15		<i>1</i>	FIO CATGUT SIMPLES Nº	
<i>1</i>	DRENO DE SUÇÃO Nº		<i>1</i>	FIO CATGUT CROMADO Nº	
<i>1</i>	DRENO DE TORAX Nº		<i>1</i>	FIO PROLENE Nº	
<i>1</i>	DRENO DE PENROSE Nº		<i>1</i>		
<i>1</i>	SERINGA 01ML		<i>1</i>		
<i>1</i>	SERINGA 03ML		<i>1</i>		
<i>1</i>	SERINGA 05 ML		<i>1</i>		
<i>1</i>	SERINGA 10ML		<i>1</i>		
<i>1</i>	SERINGA 20ML		<i>1</i>		
<i>1</i>	<i>Estêreos</i>		<i>1</i>		

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A) <i>Stefanie</i>	ENFERMEIRA CHEFE <i>Enrica</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA <i>Elizangela R.</i>	TAXA DE SALA	
	<i>Cláudia</i>	TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

08 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A

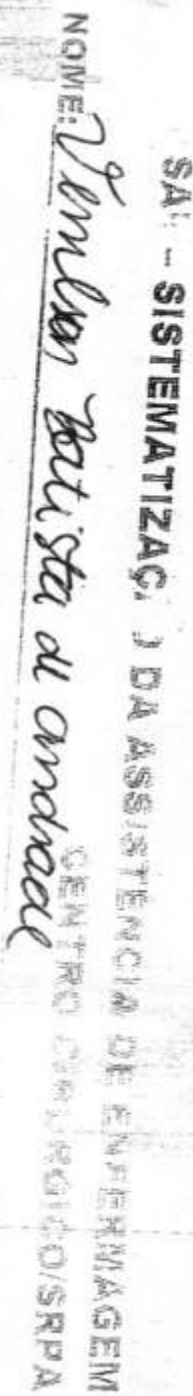
Av. Camilo Jêto Bastos, 484 - Boa Vista - RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (68) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

19 SET. 2018

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
emitida neste Hospital



CENTRO DE INVESTIGACAO/SRPA
vial

19h50

flat. incipit

X ambigua

15-7/86

X
MID

[illegible]

850,971.500m

08 MAY 2019

ÁREA DE SIMULIROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURODORA S/A
Av. Corrientes 1150, B1040AAR Buenos Aires, Argentina

Entrada: 15/11/2010
Ass: 15/11/2010

217.1



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Venilton Batista de Aguiar</i>					
DIAGNÓSTICO <i>Fx Exst Talus (D)</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	<i>26/05/18</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>SND</i>
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				<i>I</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				<i>20 08:08 14*</i>
4	TILATIL 20mg 12/12hs				<i>20 08:08</i>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)				<i>20 08:08</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA (S)				<i>20 08:08</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>20 08:08</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				<i>20 08:08</i>
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				<i>20 08:08</i>
10	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>20 08:08</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG (S)				<i>20 08:08</i>
14	CURATIVO DIARIO				<i>20 08:08</i>
15	<i>Gentamicina 240 mg EV 1x dia</i>				<i>20 08:08</i>
16	<i>Ceftriaxona 1g EV 12/12h</i>				<i>20 08:08</i>
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao L... para programação cirúrgica

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2017

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

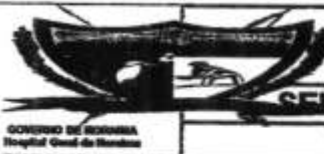
SINAIS VITAIS	PA	FE		
6 H	157/97	101		
12 H				
18 H				
24 H				

Wanderléia Maia
Enfermeira
CREN-RR 473110

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
19 SET. 2018
Certifico e Dou Fé que a presente
fidel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

217-1

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Ulisses Baptista de Azevedo			
DIAGNÓSTICO		Fr. exp. Tibia (D)			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			S/N	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			S/N	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			S/N	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			S/N	
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR-INTENSA			S/N	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			S/N	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			S/N	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			S/N	
10	SSVV + CCGG 6/6 H			S/N	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG			S/N	
14	CURATIVO DIÁRIO			S/N	
15	Clonazepam 0.5mg EV 1x ao dia			S/N	
16	Clonazepam 0.5mg EV 1x ao dia			S/N	
17	Clonazepam 0.5mg EV 1x ao dia			S/N	
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR P/ ANTONISTA				
		ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

10h realizados
curativo
em M.D. + M.S.D.
Dr. Francisco

Bloco-B
NIK
Regulado
para leito
217-1
Regulação Interna

08 MAI 2018

COMPANHIA SEGURO S/A
Rua São Bento, 484 - Boa Vista - RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 21-21-0620
AUTENTICAÇÃO
19 SET 2018
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
apresentado neste Hospital

SINAIS VITAIS	PA	P	PR	T
6 H	140/80	90	20	36.1
12 H	164/112	92	23	36.1
18 H	139/98	92		36.3
24 H	140/96	86		36.5

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Medicamentos realizados
P. M.
Marcelina Sampaio Ferreira
COREN-RR 754419 TE

Autógrafo
Joyce Rosa Lima da Silva
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 487.341 TE



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	15/07/1987
PACIENTE VENILSON BATISTA DE ANDRADE				
AGNÓSTICO FX TIBIA DIREITO				
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE 30	LEITO 217-1	DATA 29/05/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	AVP			MANUTER
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H			22-18-24-6
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			5-11-3
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 INT			
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM OU 1 CP V.O			
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			
11	CURATIVO DIÁRIO			
12	SSVV + CCGG 6/6 H			
13	RANITIDINA 50MG EV 8/8HRS (EM AUSENCIA DE OMEPRAZOL)			
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 MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	128x72	88	-	-
12 H	154x89	98	-	36.4°C
18 H	145x75	111	-	36.6°C
24 H	120x90	100	-	36.5°C

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1251/RR

Dr. Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2013

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

06:00 Realizado + tempo
Maurinalda S. Richi
Aux. Enfermagem
COREN-RR 43001646

NO

217-1



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	15/07/1987
PACIENTE VENILSON BATISTA DE ANDRADE				
AGNÓSTICO FX TIBIA DIREITO				
ALERGIAS				
IDADE	30	HAS	DM2	
		LEITO	217-1	DATA 01/06/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	AVP			SND
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H			mentes
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			12-18 24 06
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 INT			SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SN
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM OU 1 CP V.O			06
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			SN
11	CURATIVO DIÁRIO			M
12	SSVV + CCGG 6/6 H			Retirada
13	RANITIDINA 50MG EV 8/8HRS (EM AUSENCIA DE OMEPRAZOL)			SN
14	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6HRS			34 20 02 08
15	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (30/05/18)			06
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 MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	146x90	105	-	36°C
18 H				
24 H				

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1851/R

Dr. Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Antônio João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

217 - 1



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Venilson Batista de Indrade 30^A ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 26/05/18, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura exposta tíbia (17)

NO DIA 26/05/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
tratamento cirúrgico tíbia (17) SENDO

OPERADO PELO DR. José Athas E DR. Pablo

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 01/06/18, ÀS 12,00 hrs, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 15/06/18, ÀS 14,30 hrs, COM O
DR. Pablo

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CORTEJADO NÃO VERIFICADO

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
19 SET. 2018
Certifico e dou fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Odinachi Okemini
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 186188

BOA VISTA, 01/06/18

MÉDICO

D



VENILSON BATISTA DE ANDRADE 14199

HOSPITAL CORONEL MOTA

05/12/2018

Cloudealdo

61,7 %

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e, ao fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FÓRNO DE AMPARO AO TRABALHADOR



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

165.58732.16-6

NÚMERO

3446633

SÉRIE

002-0

UF

RR

Jonas Batista de Andrade

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

SEGURO DEVIDOR S/A
Av. Carlos João Bezerra, 400 - Boa Vista - RS

02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

15/07/1987

CPE: 000.286.612-00

ZONA: 3

Jonas Batista de Andrade

ASSINATURA DO EMISSOR

NOME: VENILSON BATISTA DE ANDRADE

LOC. DE NASC.: VITORINO FREIRE - MA

FILIAÇÃO: VALDECY DUTRA DE ANDRADE

DOC. APRESENTADO: ALCANJA BATISTA DE ANDRADE

RG: 259467

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LEI Nº 4024 DE 18 DE MARÇO DE 1965

RG: 259467

T. ELEITOR

003562852674

SEÇÃO: 157

LOCAL DA EMISSÃO: SETRABES/SINE/RR

EMIÇÃO: 21/12/2007

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE

PARA

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

LEGENDA

A - CASAMENTO - C - DIVÓRCIO - E - RECONHECIMENTO DE INTERVENÇÃO - G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP. JUDICIAL - D - ADOÇÃO - F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

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

Nome: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO

Doc. Identidade / Org. Emissora: 185491 SSP RR

CPF: 711.335.422-04 **Data Nascimento:** 20/10/1982

Família: RAIMUNDO DE ARAUJO
CHAVES
VLADIMIR SIMEAO DA SILVA

Permissão: 00000000000000000000 **AOC:** 00000000000000000000 **Categoria:** AB

Registro: 01963732643 **Validade:** 02/03/2022 **Exatidão:** 08/08/2001

OBSERVAÇÕES:
A

Francisco Simeao Araujo

Assinatura do Portador:

Local: BOA VISTA - RORAIMA **Data Emissão:** 03/03/2017

Assinatura do Emissor: FRANCISCO ARAUJO DA SILVA
17457608843
RR209148942

RORAIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1412042244

PROIBIDO PLASTIFICAR 1412042244

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

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

7822441680

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

754108242024878

RESEARCH REPORT

[illegible][illegible]

	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. LONTAS
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			

[illegible]

V - JAWA WYWA - JAWA BLANCO / COTAS - 2 - 888888

PREÇO TABELADO (R\$)	ICF INCL.	ROZANDO ESTIMAÇÃO	DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

08 MAY 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Cardeal João Bezerra, 484 - Boa Vista - RJ

DESTINO	☐ Atendido no local ☒ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mota	☐ Cosme e Silva ☐ HCSA ☐ Maternidade ☐ Outros	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 08 MAI 2013

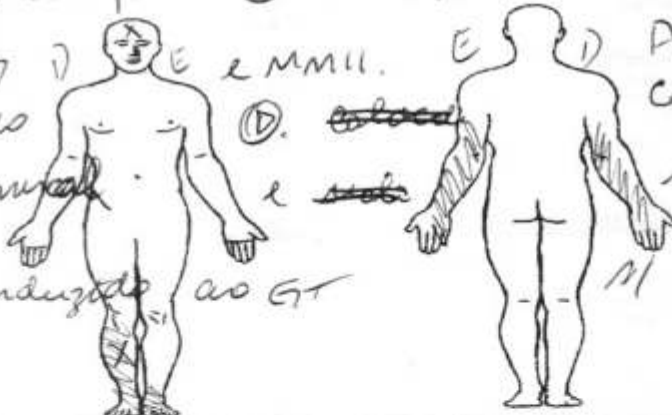
ERTECE DO DO PACIENTE	Descrição:	GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Baccara, 484 - Boa Vista - RS
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____	

1) Acionamento p/ ocorrência de acidente de moto x poste. Ao chegarmos no local o pete encontrava-se deitado em decúbito lateral. Foi imobilizado com colar cervical + mancha rígida + imobilização de M.I.D. Paciente no momento não se encontrava de capote. Não tinha hábito ético. Foi conduzido ao HGR/GT.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Abertura Ocular	Adulto	Menores de 5 anos	Escala	Frequência Respiratória (mov / min)			
	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4		10 - 24	4	
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 35	3	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		≥ 36	2	
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1		01 - 09	1	
Melhor Resposta Verbal	Orientado	Belúcia	5	0	0		
	Confuso	Choro irritado	4	> 90	4		
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3	70 - 89	3		
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2	50 - 69	2		
	Nenhuma	Nenhuma	1	01 - 49	1		
Melhor Resposta Motora	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	0	0		
	Localiza a dor	Retira ao toque	5	14 a 15	5		
	Flexão normal	Retira a dor	4	11 a 13	4		
	Flexão anormal	Flexão normal	3	8 a 10	3		
	Extensão a dor	Flexão anormal	2	5 a 7	2		
	Nenhuma	Nenhuma	1	3 a 4	1		
ESCALA DE GLASGOW			15	ESCORE DO TRAUMA			

Nº de laudo: 10/2013
Enfermeira
COREN-RR 115223-EM

Acionamento para acidente de moto. Moto x poste. * Encontro paciente ferido em via pública com capote. Nega desconforto. Apresenta postura exposta em punha (D) além de escoriações difusas em membros superiores e inferiores. (D) Apresenta provável fratura de M.I.D. Colocado sobre mancha rígida, colar cervical e imobilização de M.I.D. - conduzido ao GT.



Dr. Célio Wanderley Jr.
MÉDICO
CRM-RR 1580

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	álcool	ol compressa
Perda de líquido: _____	BCF: _____	luvas	
☐ Com cartão	☐ Sem cartão	04 ataduras nº 08	

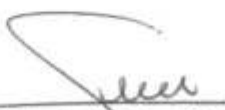
CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 20/07/18
Stephanie

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o senhor **VENILSON BATISTA DE ANDRADE**, foi atendido por este SAMU Municipal no dia **26/05/2018**, ficha de atendimento nº 858, nº de ocorrência 9419, sendo que houve um equívoco do nome no momento do preenchimento da ficha de atendimento.

Boa Vista, 20 de Julho de 2018.


Simone Raiol de Queiroz
Diretora/Em Exercício
SAMU 192 BV



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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

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

Nº: 005988/2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora início do Registro: 13/03/2019 10:06 Data/Hora Fim: 13/03/2019 10:24
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 13/03/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 26/05/2018 17:34

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Av: José Felix Correia

Bairro: Operário

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VENILSON BATISTA DE ANDRADE (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Vitorino Freire Sexo: Masculino Nasc: 15/07/1987

Profissão: Serralheiro

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Alcanja Batista de Andrade

Nome do Pai: Valdecy Dutra de Andrade

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 259467

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Jair da Silva mota
Bairro: Asa Branca

Nº: 83

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante vem a este DP para informar que na data, hora e local acima informado, estava na garupa da motocicleta Honda NRX 150 BROS ES, de placa NAZ-6140, de cor amarela, CHASSI 9C2KD03308R026876, Cód. Renavam 948201150, tendo como proprietária o Sr. Raimundo Rodrigues de Freitas, o qual estava conduzindo a motocicleta dia do sinistro. Que o Sr. Raimundo Rodrigues não possui Habilitação ou Permissão para conduzir veículos automotores. Que na ocasião, o Sr. Raimundo Rodrigues passou por cima de um buraco, o que o fez perder o controle da motocicleta, levando ambos a colidir com um poste de energia. Que o comunicante ficou lesionado, tendo sido levado ao HGR por uma equipe do SAMU. Que este B.O é exclusivamente para fins de se seguro DPVAT. É o que tinha a comunicar.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005988/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães
Responsável pelo Atendimento
1117.042000925

Venilson Batista de Andrade
(Vítima / Comunicante)

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

DAT

13 MAR 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

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

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190314001

Vítima: VENILSON BATISTA DE ANDRADE

Data do Acidente: 26/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VENILSON BATISTA DE ANDRADE

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: VENILSON BATISTA DE ANDRADE

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 0000063025-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:

000.286.612-90

Nome completo da vítima:

Vemilson Batista de Andrade

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2010

Nome completo:

Vemilson Batista de Andrade

Profissão:

Autônomo

Endereço:

R. Jair S. Mota

Bairro:

Isa Branca

Cidade:

Boa Vista

E-mail:

Estado:

RR

CPF:

000.286.612-90

Número:

83

Complemento:

CEP:

69.312-268

Tel.(DDD):

(05) 99154-669

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3027

13

CONTA:

63025

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Local e Data:

Boa Vista - RR 7, Maio 2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)