

# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341                    AGÊNCIA: 0477                    CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADILTON CARNEIRO DE SOUZA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000021847-3

---

Autenticação:

38B07554A24020A65AF7C9D2F1571E00EFD82E811D28DC2A8FD51BCF852C1EEC

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190058539 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADILTON CARNEIRO DE SOUZA **Data do acidente:** 31/07/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 31/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 superiores	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:** 3190058539 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADILTON CARNEIRO DE SOUZA **Data do acidente:** 31/07/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 31/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026982/19

**Número do Sinistro:** 3190058539

**Vítima:** ADILTON CARNEIRO DE SOUZA

**CPF:** 517.562.502-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 31/07/2018

**Titular do CPF:** ADILTON CARNEIRO DE SOUZA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/01/2019  
Nome: ADILTON CARNEIRO DE SOUZA  
CPF: 517.562.502-00

ADILTON CARNEIRO DE SOUZA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2019  
Nome: JOSE THOMAZ DO NASCIMENTO JUNIOR  
CPF: 383.267.872-72

JOSE THOMAZ DO NASCIMENTO JUNIOR

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026982/19

**Vítima:** ADILTON CARNEIRO DE SOUZA

**CPF:** 517.562.502-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 31/07/2018

**Titular do CPF:** ADILTON CARNEIRO DE SOUZA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**ADILTON CARNEIRO DE SOUZA : 517.562.502-00**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/01/2019  
Nome: ADILTON CARNEIRO DE SOUZA  
CPF: 517.562.502-00

ADILTON CARNEIRO DE SOUZA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2019  
Nome: JOSE THOMAZ DO NASCIMENTO JUNIOR  
CPF: 383.267.872-72

JOSE THOMAZ DO NASCIMENTO JUNIOR

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



## FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOI UNHO 15

Paciente: **ADILTON CARNEIRO DE SOUZA** Data Nascimento: **01/10/1979** Idade: **38 A 10 M U D** CINS: **706603539125781** CIP: **07** Montuário: **51/56250204**  
Tipo Doc: **Documento** Crgão Emissor: **SSP/RR** Data Emissão: **12/05/1994** Sexo: **M** Estado Civil: **SOLTEIRO(A) PARDA** Nacionalidade: **BRASILEIRO(A)**  
IDENTIDADE: **150357** Mãe: **MARIA DA CONCEIÇÃO C. DE SOUZA** Pai: **ZACARIAS MATOS DE SOUZA** Contato: **(95) 99148-8435**  
Endereço: **AVENIDA - RIO MUCAJAI - 1117 - PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR - BOA VISTA - RR** Ocupação: **AUTÔNOMO**

Class. do Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: **Validade: Autenticação: Sem Pronal**  
Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caracter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: **Procedência: Temp. Poso Pressão**  
Sctor: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol.: **Registrado por: DAL**

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

**Acidente de moto**

## Anamnese de Enfermagem

GSC: **AD: 1234 RV: 12345 MKV: 123456** TOTAL: **15**

Anamnese - (HISTÓRIA DA CONSULTA - 00:58h) Paciente trazido pelo SAMU em prancha rígida, com lesão cervical. Refere dor no dorso e no braço direito.

Exame Físico: BEC, hidratado, corado, hidratado. Refere dor no dorso e no braço direito. Ar. MVA SRA AC: RCR 25. BVS. S/S. Ausc: Sibilos, flocos, roncos. Ex. ECG 3 leads. Nervos: papilares isolados, flocos.

## Hipótese Diagnóstica

**Contusões.**

## SADT - Exames Complementares

☒ RAIOD X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

## PRESCRIÇÃO

## APRAZAMENTO

## OBSERVAÇÃO

**Prescrição:** 1. Dorso e braço direito. 2. Flocos e roncos. 3. ECG 3 leads. 4. Nervos: papilares isolados, flocos.

## Conduta

- ☐ Alta por Decisão Médica  
☐ Alta a Pedido  
☐ Alta a Revolução  
☒ Transferência para: **Ortopedia**

- ☐ Ambulatório  
☐ Observação (Até 24h)  
☐ Internação  
Data e Hora da Saída/Alta: **1 / 1**

## óbito

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

## Assinatura do Paciente ou Responsável

## Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: dal  
Data Hora: 01/08/2018 00:53:34

23 JAN 2019



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



Nome do Paciente: **ZACARIAS MATOS DE SOUZA**  
Data Nascimento: **01/10/1975** Idade: **38 A 10 M O D** Sexo: **M** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Raça/Cor: **BRANCO**  
Naturalidade: **BOA VISTA - RR** Contato: **(90) 95148-8435**  
Organização: **PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR - BOA VISTA - RR**  
Ocupação: **AUTÔNOMO**

Plano Convênio: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N.º de Carteira: **12/05/1984** Validade: **12/05/1984** Autorização: **12/05/1984**  
Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: **SAMU CAPITAL** Procedência: **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol.: **SAMU CAPITAL**  
Registro do Paciente: **12/05/1984** Registro do Profissional: **12/05/1984**  
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese do Enfermeiro: **Acidente de moto**  
Anamnese - HORA DA CONSULTA: **08:30h** **Primeira vítima de acidente de moto, vítima de trauma cervical. Refere dor no pescoço.**

Exame Físico: **BEG, 150cm, 65kg, hirsuto, hipertensão, 1º grau, 2ª AF, arritmia sinusal, RCR 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, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000, 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1007, 1008, 1009, 1010, 1011, 1012, 1013, 1014, 1015, 1016, 1017, 1018, 1019, 1020, 1021, 1022, 1023, 1024, 1025, 1026, 1027, 1028, 1029, 1030, 1031, 1032, 1033, 1034, 1035, 1036, 1037, 1038, 1039, 1040, 1041, 1042, 1043, 1044, 1045, 1046, 1047, 1048, 1049, 1050, 1051, 1052, 1053, 1054, 1055, 1056, 1057, 1058, 1059, 1060, 1061, 1062, 1063, 1064, 1065, 1066, 1067, 1068, 1069, 1070, 1071, 1072, 1073, 1074, 1075, 1076, 1077, 1078, 1079, 1080, 1081, 1082, 1083, 1084, 1085, 1086, 1087, 1088, 1089, 1090, 1091, 1092, 1093, 1094, 1095, 1096, 1097, 1098, 1099, 1100, 1101, 1102, 1103, 1104, 1105, 1106, 1107, 1108, 1109, 1110, 1111, 1112, 1113, 1114, 1115, 1116, 1117, 1118, 1119, 1120, 1121, 1122, 1123, 1124, 1125, 1126, 1127, 1128, 1129, 1130, 1131, 1132, 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142, 1143, 1144, 1145, 1146, 1147, 1148, 1149, 1150, 1151, 1152, 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158, 1159, 1160, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1170, 1171, 1172, 1173, 1174, 1175, 1176, 1177, 1178, 1179, 1180, 1181, 1182, 1183, 1184, 1185, 1186, 1187, 1188, 1189, 1190, 1191, 1192, 1193, 1194, 1195, 1196, 1197, 1198, 1199, 1200, 1201, 1202, 1203, 1204, 1205, 1206, 1207, 1208, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215, 1216, 1217, 1218, 1219, 1220, 1221, 1222, 1223, 1224, 1225, 1226, 1227, 1228, 1229, 1230, 1231, 1232, 1233, 1234, 1235, 1236, 1237, 1238, 1239, 1240, 1241, 1242, 1243, 1244, 1245, 1246, 1247, 1248, 1249, 1250, 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, 1257, 1258, 1259, 1260, 1261, 1262, 1263, 1264, 1265, 1266, 1267, 1268, 1269, 1270, 1271, 1272, 1273, 1274, 1275, 1276, 1277, 1278, 1279, 1280, 1281, 1282, 1283, 1284, 1285, 1286, 1287, 1288, 1289, 1290, 1291, 1292, 1293, 1294, 1295, 1296, 1297, 1298, 1299, 1300, 1301, 1302, 1303, 1304, 1305, 1306, 1307, 1308, 1309, 1310, 1311, 1312, 1313, 1314, 1315, 1316, 1317, 1318, 1319, 1320, 1321, 1322, 1323, 1324, 1325, 1326, 1327, 1328, 1329, 1330, 1331, 1332, 1333, 1334, 1335, 1336, 1337, 1338, 1339, 1340, 1341, 1342, 1343, 1344, 1345, 1346, 1347, 1348, 1349, 1350, 1351, 1352, 1353, 1354, 1355, 1356, 1357, 1358, 1359, 1360, 1361, 1362, 1363, 1364, 1365, 1366, 1367, 1368, 1369, 1370, 1371, 1372, 1373, 1374, 1375, 1376, 1377, 1378, 1379, 1380, 1381, 1382, 1383, 1384, 1385, 1386, 1387, 1388, 1389, 1390, 1391, 1392, 1393, 1394, 1395, 1396, 1397, 1398, 1399, 1400, 1401, 1402, 1403, 1404, 1405, 1406, 1407, 1408, 1409, 1410, 1411, 1412, 1413, 1414, 1415, 1416, 1417, 1418, 1419, 1420, 1421, 1422, 1423, 1424, 1425, 1426, 1427, 1428, 1429, 1430, 1431, 1432, 1433, 1434, 1435, 1436, 1437, 1438, 1439, 1440, 1441, 1442, 1443, 1444, 1445, 1446, 1447, 1448, 1449, 1450, 1451, 1452, 1453, 1454, 1455, 1456, 1457, 1458, 1459, 1460, 1461, 1462, 1463, 1464, 1465, 1466, 1467, 1468, 1469, 1470, 1471, 1472, 1473, 1474, 1475, 1476, 1477, 1478, 1479, 1480, 1481, 1482, 1483, 1484, 1485, 1486, 1487, 1488, 1489, 1490, 1491, 1492, 1493, 1494, 1495, 1496, 1497, 1498, 1499, 1500, 1501, 1502, 1503, 1504, 1505, 1506, 1507, 1508, 1509, 1510, 1511, 1512, 1513, 1514, 1515, 1516, 1517, 1518, 1519, 1520, 1521, 1522, 1523, 1524, 1525, 1526, 1527, 1528, 1529, 1530, 1531, 1532, 1533, 1534, 1535, 1536, 1537, 1538, 1539, 1540, 1541, 1542, 1543, 1544, 1545, 1546, 1547, 1548, 1549, 1550, 1551, 1552, 1553, 1554, 1555, 1556, 1557, 1558, 1559, 1560, 1561, 1562, 1563, 1564, 1565, 1566, 1567, 1568, 1569, 1570, 1571, 1572, 1573, 1574, 1575, 1576, 1577, 1578, 1579, 1580, 1581, 1582, 1583, 1584, 1585, 1586, 1587, 1588, 1589, 1590, 1591, 1592, 1593, 1594, 1595, 1596, 1597, 1598, 1599, 1600, 1601, 1602, 1603, 1604, 1605, 1606, 1607, 1608, 1609, 1610, 1611, 1612, 1613, 1614, 1615, 1616, 1617, 1618, 1619, 1620, 1621, 1622, 1623, 1624, 1625, 1626, 1627, 1628, 1629, 1630, 1631, 1632, 1633, 1634, 1635, 1636, 1637, 1638, 1639, 1640, 1641, 1642, 1643, 1644, 1645, 1646, 1647, 1648, 1649, 1650, 1651, 1652, 1653, 1654, 1655, 1656, 1657, 1658, 1659, 1660, 1661, 1662, 1663, 1664, 1665, 1666, 1667, 1668, 1669, 1670, 1671, 1672, 1673, 1674, 1675, 1676, 1677, 1678, 1679, 1680, 1681, 1682, 1683, 1684, 1685, 1686, 1687, 1688, 1689, 1690, 1691, 1692, 1693, 1694, 1695, 1696, 1697, 1698, 1699, 1700, 1701, 1702, 1703, 1704, 1705, 1706, 1707, 1708, 1709, 1710, 1711, 1712, 1713, 1714, 1715, 1716, 1717, 1718, 1719, 1720, 1721, 1722, 1723, 1724, 1725, 1726, 1727, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732, 1733, 1734, 1735, 1736, 1737, 1738, 1739, 1740, 1741, 1742, 1743, 1744, 1745, 1746, 1747, 1748, 1749, 1750, 1751, 1752, 1753, 1754, 1755, 1756, 1757, 1758, 1759, 1760, 1761, 1762, 1763, 1764, 1765, 1766, 1767, 1768, 1769, 1770, 1771, 1772, 1773, 1774, 1775, 1776, 1777, 1778, 1779, 1780, 1781, 1782, 1783, 1784, 1785, 1786, 1787, 1788, 1789, 1790, 1791, 1792, 1793, 1794, 1795, 1796, 1797, 1798, 1799, 1800, 1801, 1802, 1803, 1804, 1805, 1806, 1807, 1808, 1809, 1810, 1811, 1812, 1813, 1814, 1815, 1816, 1817, 1818, 1819, 1820, 1821, 1822, 1823, 1824, 1825, 1826, 1827, 1828, 1829, 1830, 1831, 1832, 1833, 1834, 1835, 1836, 1837, 1838, 1839, 1840, 1841, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1847, 1848, 1849, 1850, 1851, 1852, 1853, 1854, 1855, 1856, 1857, 1858, 1859, 1860, 1861, 1862, 1863, 1864, 1865, 1866, 1867, 1868, 1869, 1870, 1871, 1872, 1873, 1874, 1875, 1876, 1877, 1878, 1879, 1880, 1881, 1882, 1883, 1884, 1885, 1886, 1887, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892, 1893, 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919, 1920, 1921, 1922, 1923, 1924, 1925, 1926, 1927, 1928, 1929, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934, 1935, 1936, 1937, 1938, 1939, 1940, 1941, 1942, 1943, 1944, 1945, 1946, 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962, 1963, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2**



F BLOCO F 17.08.18

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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HGR

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Adriana Cordeiro

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

165970

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CHS)

710181610315131911215171811

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/10/79

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Maria da Conceição de Souza

11 - TELEFONE DE CONTATO

1º DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Av. Rio mulatai - 1117 - casa - Prof. Araceli Santa Maria

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ha meses Fe Ulcero @ Sem  
Sinais de Overtização

18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS PARA INTERNAÇÃO

@IAURGIA

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Bênção Ativa Ulcero @

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto Tel (55) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

2 SET. 2018

Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia é fiel Reprodução Original

21 - CID

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteostomia Ulcero @

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE E ASSISTENTE

Dorcas e La Ros

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

15/08/2018

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNAS DA EMPRESA

40 - CBO

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0408020571  
M841





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Adielan Carneiro

Data: 16/08/18 O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Pseudo Artrose Unco @

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

DE INTERVENÇÃO: Osteosíntese Unco @

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Dr. @ Engue 1º AUXILIAR: Dr. Jesus

2º AUXILIAR: INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR: ANESTESIA:

ANESTESISTAS: Dr. Michel ANESTÉSICO:

INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRURGICO

- Incisão Antero lateral

- Disco x Placa

- Encaixe - 3C Pseudo Artrose @

Unco @ 1/3 1/2

- Realização do Colar

- Redução

- Estabilização com Placa DCP Torça 06

- Furos + 06 Parafusos

- Fechamento x Placa



Carlos Enrique La Rosa  
Médico  
CRM-RR 103

Dr. José A. Lopes Aguiar  
CRM-RR 556



Pct. ASA p:II.

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amor à Pátria, Trabalho e Boas Leis"

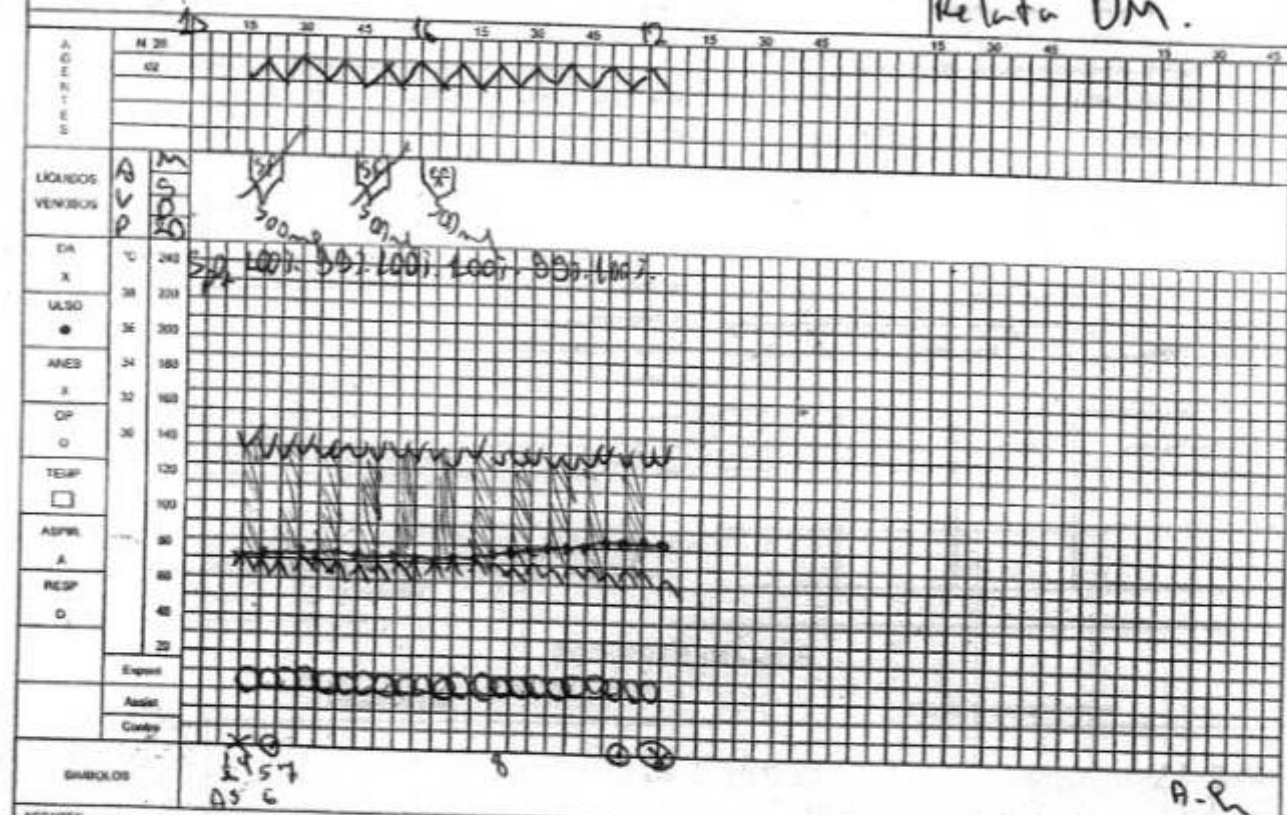
# FICHA DE ANESTESIA

Ad: Hen Carneiro de Souza 38a.

16/04/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº Novo Alargado  
Relato DM.



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	NOTAÇÕES
• Fentanil 100mcg		Bloqueio de Plexo Braquial -	X-Check LST ANEST. OK
• Lidocaina (1%) 400		QUAL VIA ENTER. -	MONITOR: SpO2, PC, PAM, Hb.
• Midazolam 5mg		CALIBRA GUARDA BOLUS	① AUD
• Dipirona 2g		VENTILANDO ESPONTANEO	② CN O2 28min
		Q O2 SUPLEMENTAR	③ Sedação fentanil 100mcg
			Midazolam 5mg
			④ Bloqueio de Plexo Braquial
			Lidocaina 400 - U VAS N
			⑤ Ceftriaxona 2g
			⑥ Cetoprofeno 400
			⑦ Ondansetron 8
			⑧ Dipirona 2g
			⑨ Atropina 5 RPA
GLUCOSE	LÍQUIDOS		
INCO			
SANGUE			
5F O2 1500ml			
TOTAL 1500ml		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			
Osteosíntese de fratura de Ulna ④			

ANESTESIA: Dr. Michel / Dr. Bruno H. CIRURGIÃO: Dr. Jesus / Dr. Carlos H.

PERDA SANGÜÍNEA: < 500ml

Michel M. Moura  
Médico Anestesiologista  
CRM - RR 1106

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Rua João Gomes, 5/N  
Novo Povoado - Tel (68) 2221-0620

AUTENTICAÇÃO

2 de SET. 2018

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

43 anos

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Adilton Carneiro de Souza.			16/10/2018

CIRURGIA			
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
Distos. de frnt. Único (E)	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
	15:32	17:00	

EQUIPE MÉDICA			
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	Dr.º Michel.	
2º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:	Dr.º Bruno.	
3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	Onesio.	
	CIRCULANTE	Elizangela M. Isaac CM.	
	Valeria		

TIPO DE ANESTESIA: Sedação + B.P.B. TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
4	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500ml.
4	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
4	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
4	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYLNº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 3.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
4	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURINº 23			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
1	SERINGA 03ML		1	<del>Equipe maior</del> fteco nº 18	
	SERINGA 05 ML		1	<del>Equipe maior</del>	
1	SERINGA 10ML		1	GEORGAN Clorhexidina 400-100ml	
1	SERINGA 20ML		1	GEORGAN Cateter 10 ?	
1	Eltraudos		1	GEORGAN Alcool 70-100 ml.	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	Rebeca		
	Luciano.	SUB- TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
	Elizangela M.	TAXA DE ANESTESIA	
	Isaac. Valeris		

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Nova Boa Vista, 69121-0620  
2º SET. 2018  
Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia é fiel reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital







219.5

GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Distos. de fract. de úmero (E)

Data: 16/08/18

Nº. DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

Paciente: Adilton Carneiro

Idade \_\_\_\_\_

Bloco: \_\_\_\_\_ Enfermaria \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Caixa: Gauche frag

Nº \_\_\_\_\_

Circulante: Maec, Elizabeth M.

Sala

04

Conferência Expurgo CME: \_\_\_\_\_

Material Utilizado:

Panaplastos:

Cortical 285

461

56 1

DCP large 6 furos

Médico Responsável

Carlos Enrique La Rosa

Médico

CRM-RR 463

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

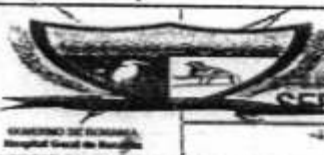
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto Tel (95) 3121-0620

AUTENTICAÇÃO

2 SET. 2018

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

219.1



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Adelton Carneiro</i>					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	<i>F-9</i>	DATA	<i>16/08/18</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP: SF 0,9% 500ml 1X/dia				<i>18</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				<i>18 21 06</i>
4	TILATIL 20mg 12/12hs				<i>20 10</i>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				<i>18 28</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				<i>22</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				<i>22 08 14</i>
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Rotina</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>M</i>
15					
16					
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 bloco para programação cirúrgica

*Carlos Eduardo da Rosa*  
Médico  
CRM-RR 483

SINAIS VITAIS	PA	P	R	T
6 H	130x90	76	20	-
12 H				<i>36</i>
18 H	130x90	88	-	<i>36</i>
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E AUTENTICAÇÃO  
TRAUMATOLOGIA.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Bdo. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620  
20 SET. 2018  
Certifico Dou Fé que a presente  
cópia é fiel Reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

*P. paciente Autamando e e*  
*de 17.40N*  
Sabel Gomes Manoel  
Téc. de Enfermagem  
COREN-RR 510.039

219-2



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Adriano Carneiro</i>					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	<i>219-2</i>	DATA	<i>17/08/18</i>
ITEM		PRESCRIÇÃO			
1		DIETA ORAL LIVRE			
2		AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia			
3		CEFALOTINA 1G EV 6/6H			
4		TILATIL 20mg 12/12hs			
5		DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N			
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8		RANITIDINA 50MG EV 8/8HS			
9		SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			
10		SSVV + CCGG 6/6 H			
12		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			
14		CURATIVO DIARIO			
15					
16					
17					
18					
19					
20					
<b>SE DIABÉTICO</b> 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 bloco para programação cirúrgica

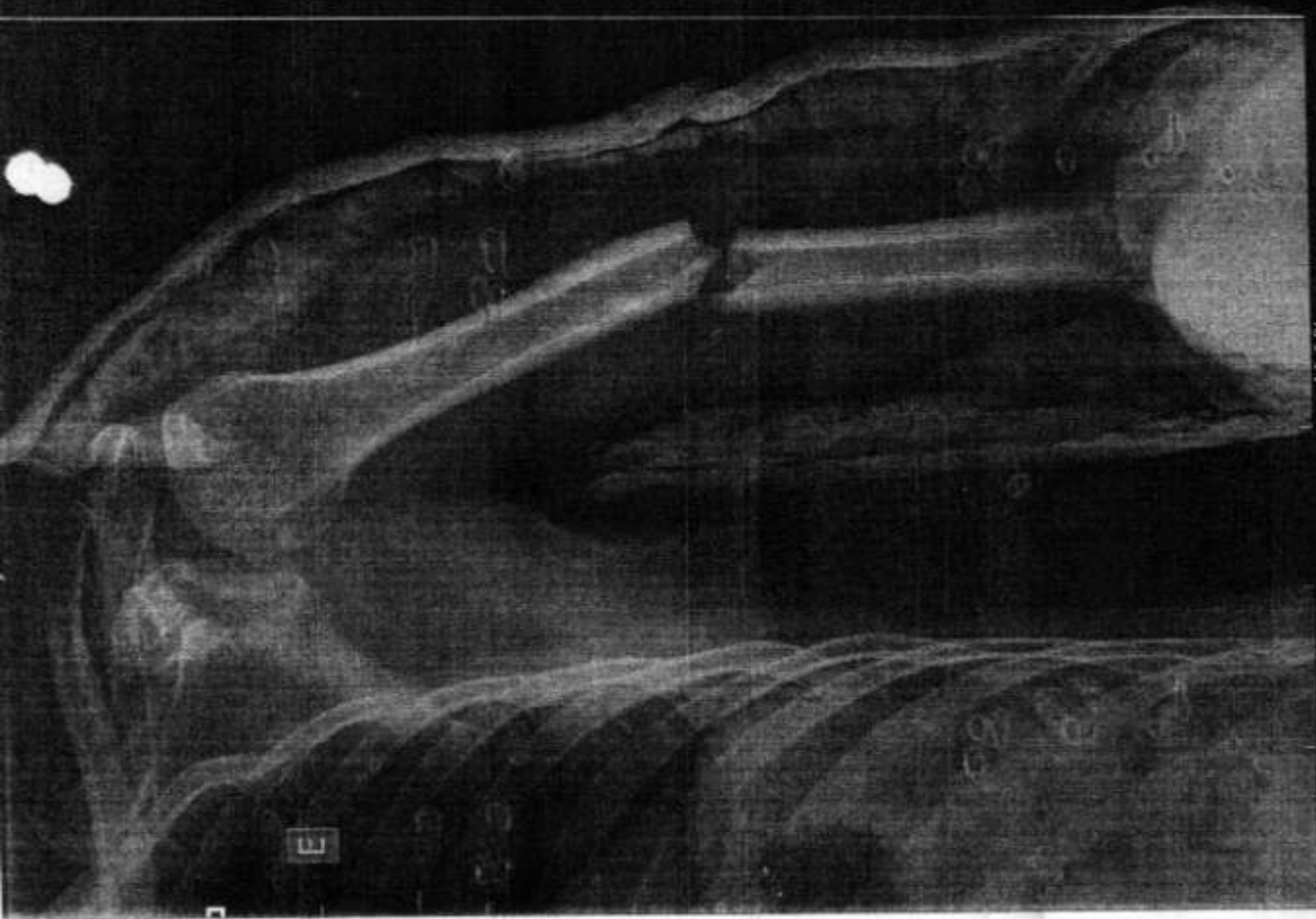
*ME6 10588*  
*ALTA HOSPITALAR*

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23 JAN 2019

SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H			
18 H			
24 H			

*Carlos Henrique La Rosa*  
Médico  
CRM-RR 483  
MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.



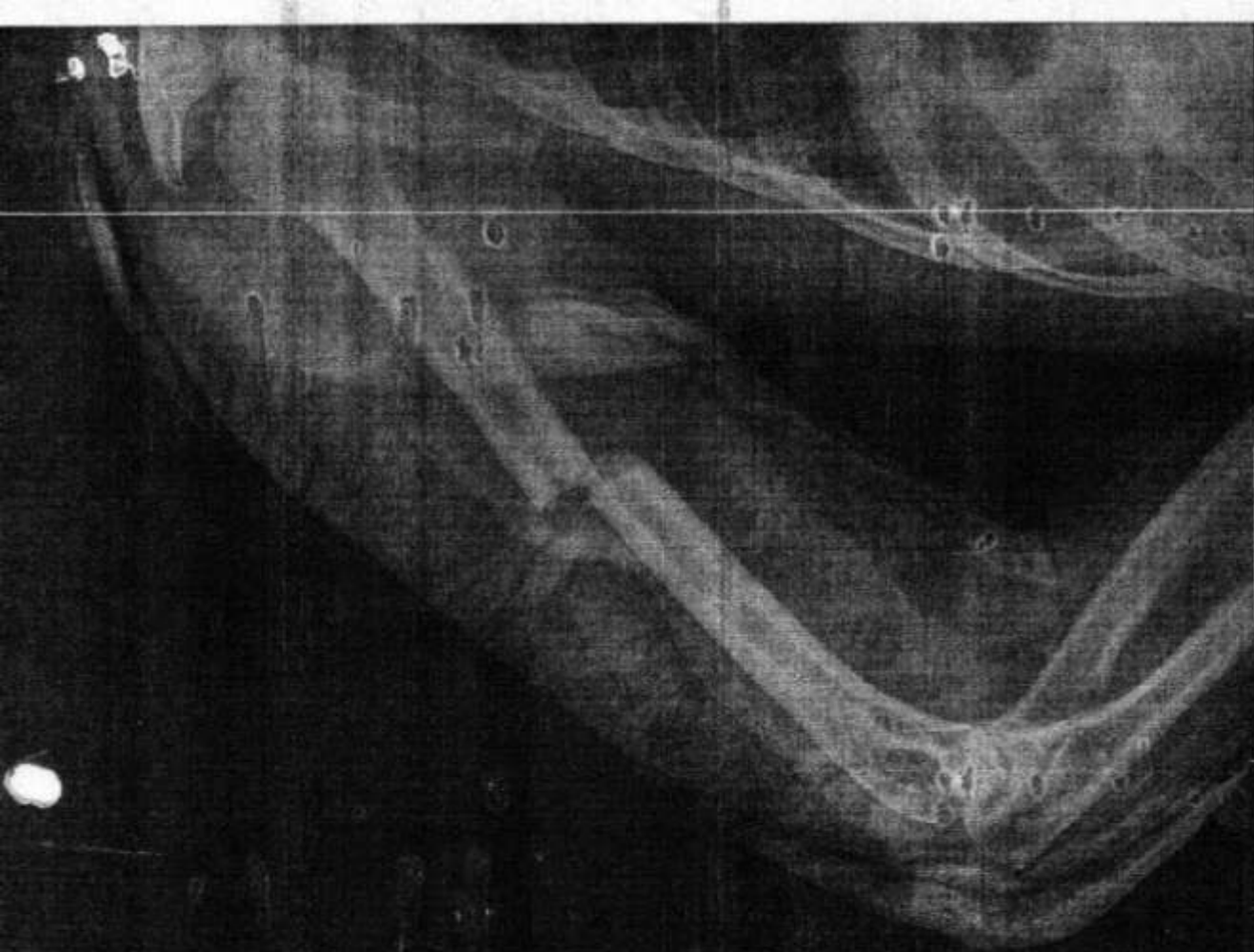


08/08/2018

44.4 %

D/N

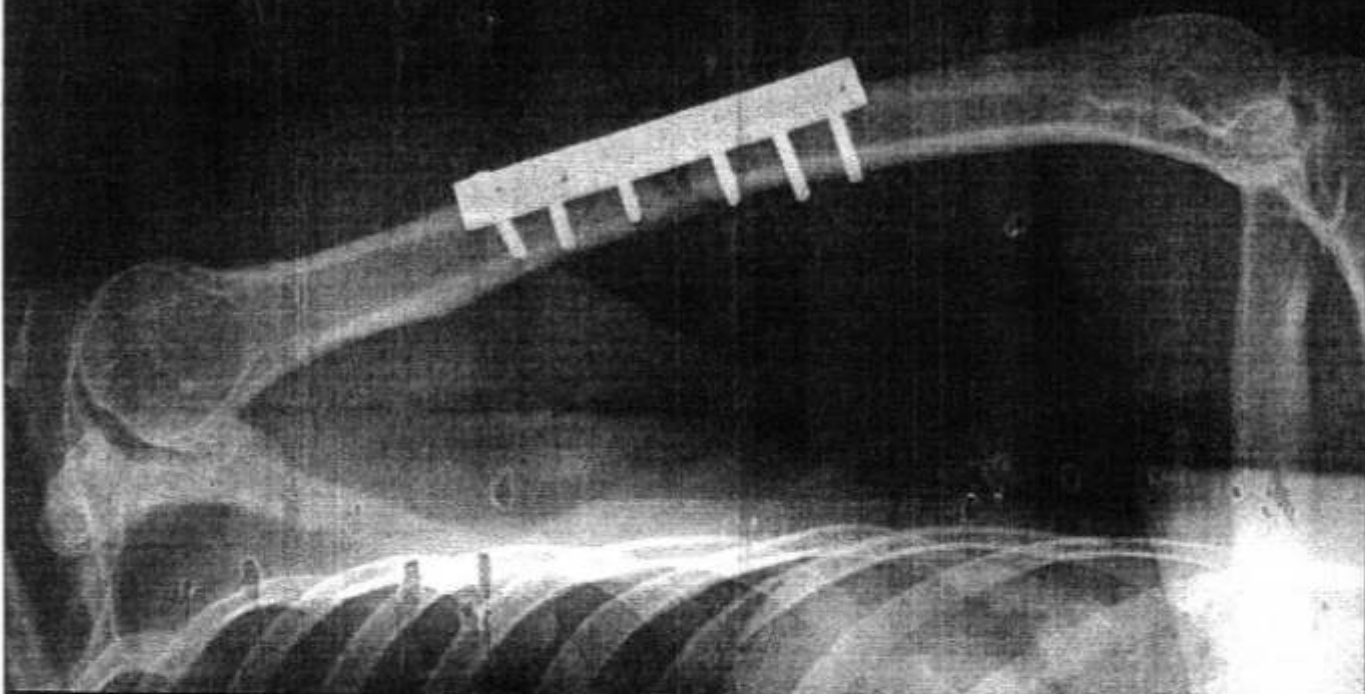
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
ADILTON CARNEIRO DE SOUZ



08/08/2018

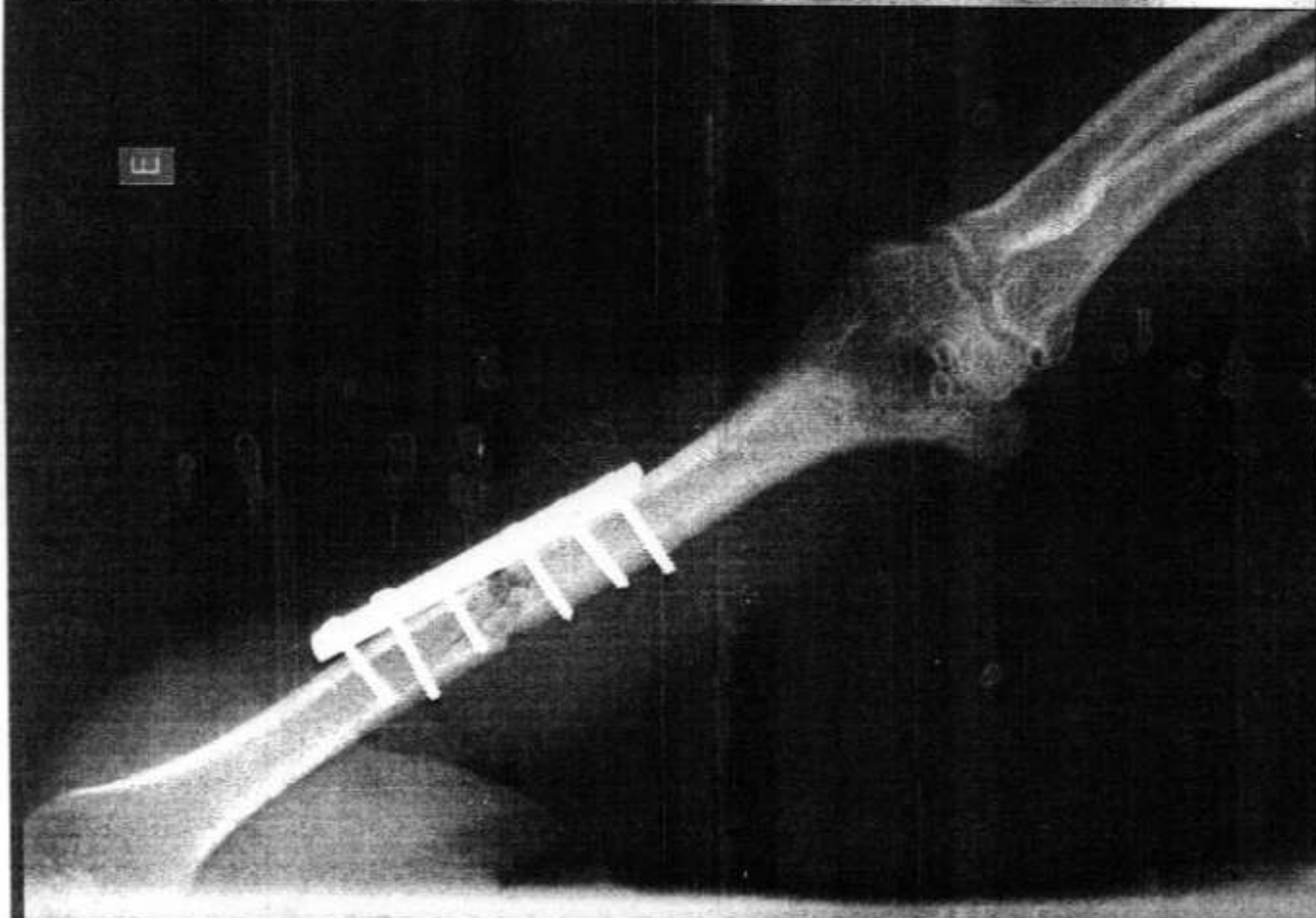
41.2 %

MEMBROS SUP



18/8/2018 19:21:34

44.1 %



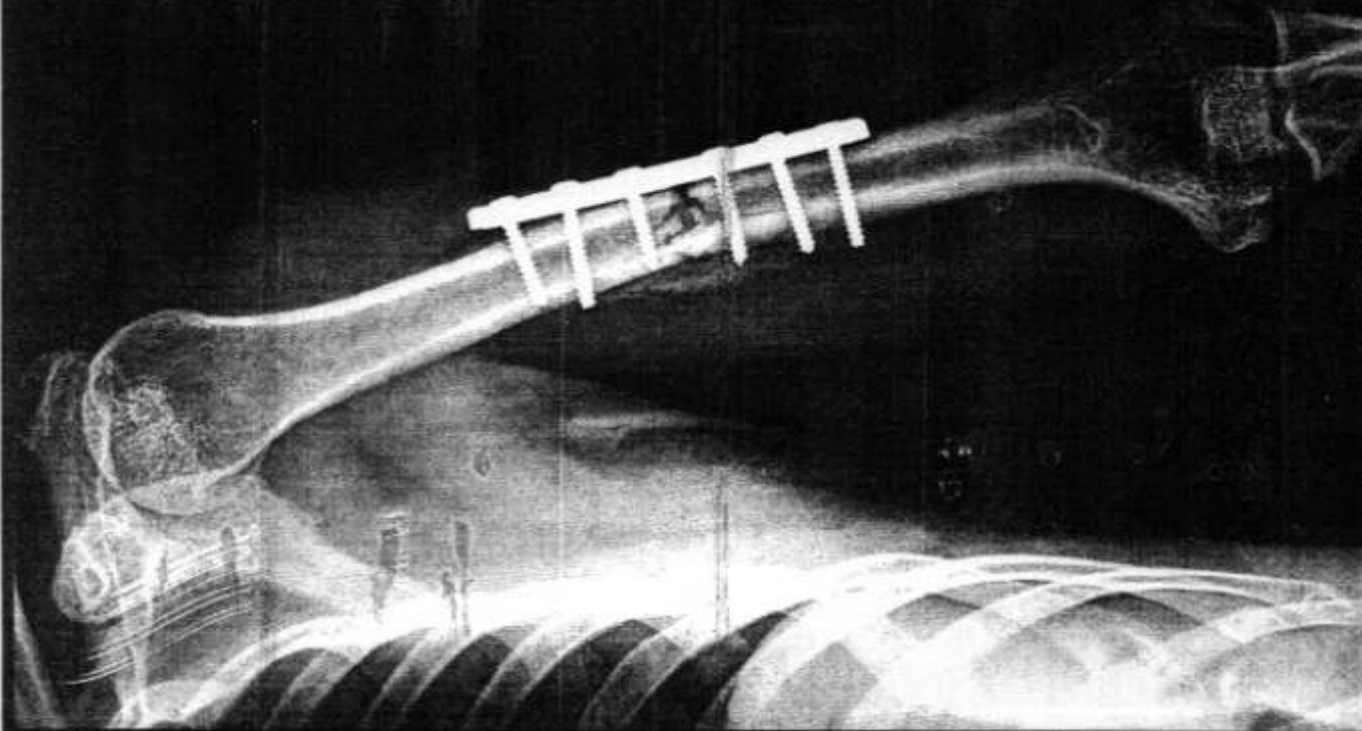
18/8/2018 19:21:34

44.0 %

ADILTON CARNEIRO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

E

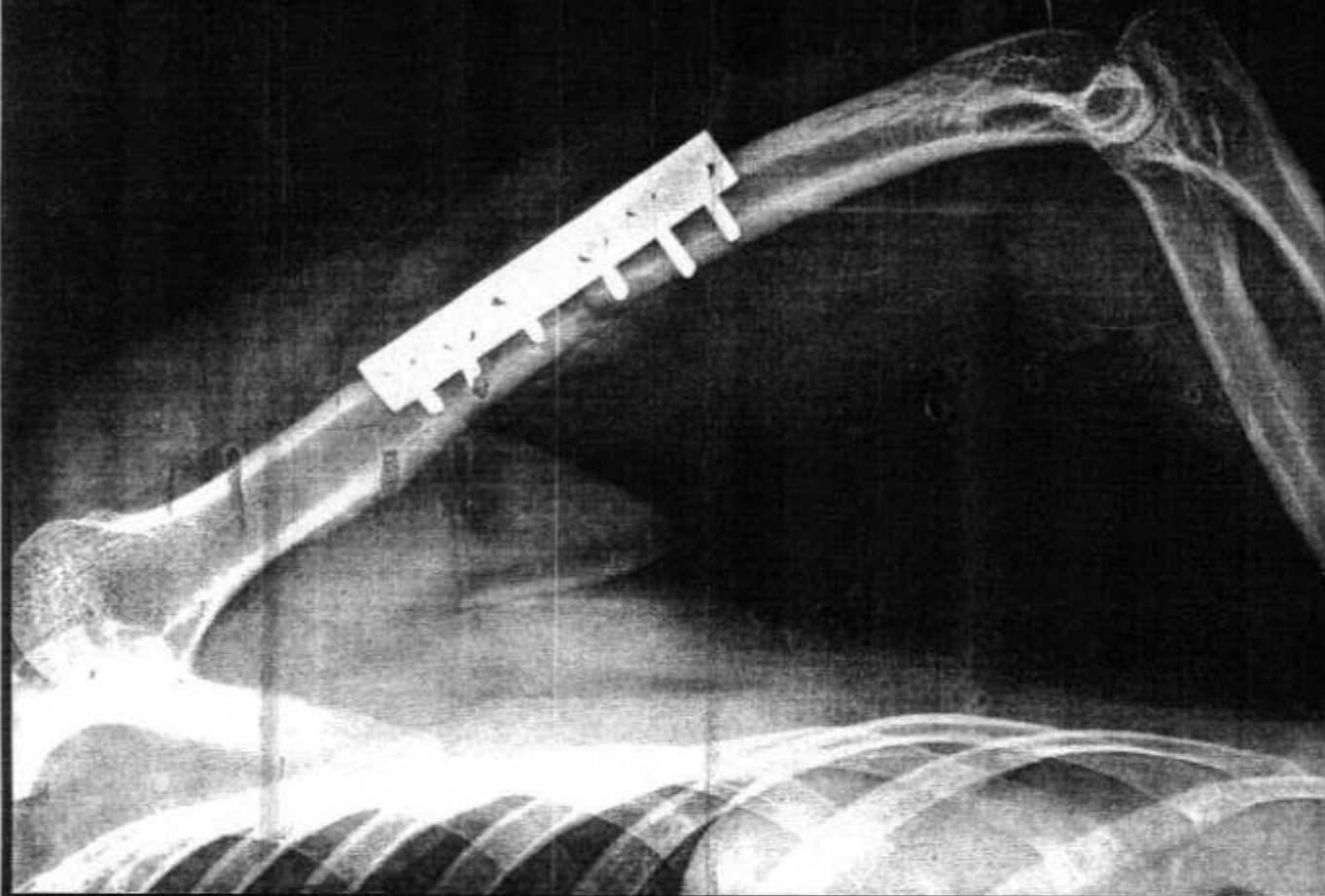


44.0 %

25/9/2018 13:44:22

, ADILTON CARNEIRO DE SOUZA

**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**



44.1 %

25/9/2018 13:44:22

TR. NASCIMENTO / ED. ROSANGELA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

 **Polgar Direto**



*Adilton Carneiro de Souza*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **150387** DATA DE EXPEDIÇÃO **14/04/2016**

NOME **ADILTON CARNEIRO DE SOUZA**

FILIAÇÃO **ZACARIAS MATOS DE SOUZA**  
**MARIA DA CONCEIÇÃO CARNEIRO DE SOUZA**

NATURALIDADE **BOA VISTA - RR** DATA DE NASCIMENTO **01/10/1979**

DOC. ORDEM **CERTO CAS 1709 FLS 209 LIV B-06**  
**2 OF BOA VISTA - RR**

CPF **517.562.502-00**

**AMADEU ROCHA TRIANI**  
Forn. Probatória de Falsidade Cruz  
Diretor de ROC

**2 VIA**

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

P 7

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JAN 2019

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



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CLODONIR RODRIGUES DO NASCIMENTO,  
RG nº 113.420, data de expedição 12, 01, 99,  
Órgão SSPIRR, portador do CPF nº 447279252-49, com  
domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de  
RR, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R: ANTONIO  
FERREIRA DE SOUZA, nº 48,  
Bairro: SAO BENTO, declaro, sob as penas da Lei, que o  
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima ADINTON CARNEIRO DE SOUZA,  
cujo o condutor era ADINTON CARNEIRO DE SOUZA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/POP 110I

Ano: 2016/2016

Placa: NAM 4656

Chassi: 9C2JB0100GR217138

Data do Acidente: 31.07.2018



Local e Data: Boa Vista/RR, 17, 01, 19

CLODONIR RODRIGUES DO NASCIMENTO  
Assinatura do Declarante

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



UNIDADE: SAV

EQUIPE Guilherme/Bispo/Eládio

Paciente: Adilton Carneiro de Sousa Idade: 38 Sexo: M  
Nacionalidade: Brasileiro Raça: Branca [ ] Negra [X] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia [ ]  
Endereço: Av. Ataide Teive c/ 504 Bairro: Pintolandia

Nº 24-286 DATA 31/07/2018 HORA J/9: 23:50 BASE [X] VIA [ ] ( ) RÁDIO  
HORA J/10: 23:56 [X] CELULAR

Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: hio

MOTIVO DO ACIONAMENTO: Acidente moto - carro

ACIONAMENTO: [X] SOCORRO [ ] TRANSPORTE [ ] ATENDIDO NA BASE [ ] OUTRO

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora [X] / 1 a 3 horas [ ] / 4 a 24 horas [ ] / Mais de 24 horas [ ] / Não sabe [ ]

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA  
(na cena do acidente)

AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL		VIOLÊNCIA		OUTROS	
<input type="checkbox"/> Capotamento	<input type="checkbox"/> Uso do cinto	<input type="checkbox"/> RAB	<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho [ ] Local [ ] Trajeto	<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.:	<input type="checkbox"/> FAF	<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.:	<input type="checkbox"/> Acidente Doméstico
<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Vítila projetada	<input type="checkbox"/> Espancamento	<input type="checkbox"/> Queimadura Agente	<input type="checkbox"/> Acidente Doméstico	<input type="checkbox"/> Violência Doméstica	<input type="checkbox"/> Queimadura Agente	<input type="checkbox"/> Acidente Doméstico
<input type="checkbox"/> Colisão AUTO x	<input type="checkbox"/> Vítila encarcerada	<input type="checkbox"/> Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Queimadura Agente	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Agressão p/ animal	<input type="checkbox"/> Agressão p/ animal
<input type="checkbox"/> Motorista	<input type="checkbox"/> Air Bag Acionado	<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Agressão p/ animal			
<input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro							
<input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro							

PEDESTRE		MOTOCICLETA / BICICLETA		CICLOVIA		FAIXA	
<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Colisão MOTO X <u>carro</u>	<input type="checkbox"/> Com capacete	<input type="checkbox"/> Sem capacete	<input type="checkbox"/> Colisão MOTO X	<input type="checkbox"/> Com capacete	<input type="checkbox"/> Sem capacete	<input type="checkbox"/> Garupa
<input type="checkbox"/> VIA [ ] CALÇADA [ ] FAIXA	<input type="checkbox"/> Queda de moto	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta
	<input type="checkbox"/> Piloto	<input type="checkbox"/> Garupa					

VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> AVDN	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Bradgnéia	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Anisocoria [ ] D [ ] E
<input type="checkbox"/> Edema de Glote	<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Roncos	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Aparentemente Etilizado	<input type="checkbox"/> GLASGOW
<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Sibilos	<input type="checkbox"/> Respiração paradoxal	<input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> Cianose de extremidade		

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APGAR
Início	<u>110/70</u>	<u>97</u>		<u>98%</u>				
Fim	<u>110/80</u>	<u>86</u>		<u>99%</u>				

AVALIAC. NO LOCAL DA OCORRÊNCIA  
(na viatura)

Pele		Cabeça		Face		Pescoco		Tórax		Abdome	
<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Contusão	<input checked="" type="checkbox"/> Escoriação	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia	<input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> Empalamento	<input type="checkbox"/> Contusão pulmonar	<input type="checkbox"/> Em tábua	<input type="checkbox"/> Doloroso	<input type="checkbox"/> Evisceração
<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Luxação	<input type="checkbox"/> Luxação	<input type="checkbox"/> Mandíbula	<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-cutâneo			<input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> Empalamento		
<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Fer. penetrante										
<input type="checkbox"/> Seca											
<input type="checkbox"/> Cianótica											

Pelve		Coluna Dorsal		MMSS		MMII		OCULAR		VERBAL		MOTORA	
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Obedece a comandos	<input type="checkbox"/> Obedece a comandos
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Ao comando	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Localiza a dor	<input type="checkbox"/> Localiza a dor
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> À dor	<input type="checkbox"/> 3 Palavras inapropriadas	<input type="checkbox"/> 3 Palavras inapropriadas	<input type="checkbox"/> 3 Palavras inapropriadas	<input type="checkbox"/> Movimento de retirada	<input type="checkbox"/> Movimento de retirada
<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Sem resposta	<input type="checkbox"/> 2 Palavras incomprensíveis	<input type="checkbox"/> 2 Palavras incomprensíveis	<input type="checkbox"/> 2 Palavras incomprensíveis	<input type="checkbox"/> Flexão anormal	<input type="checkbox"/> Flexão anormal
<input type="checkbox"/> Crepitação	<input type="checkbox"/> Crepitação	<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Sem resposta	<input type="checkbox"/> 1 Sem resposta	<input type="checkbox"/> 1 Sem resposta	<input type="checkbox"/> 1 Sem resposta	<input type="checkbox"/> Extensão anormal	<input type="checkbox"/> Extensão anormal
		<input type="checkbox"/> Crepitação	<input type="checkbox"/> Crepitação	<input type="checkbox"/> Crepitação	<input type="checkbox"/> Crepitação	<input type="checkbox"/> Crepitação	<input type="checkbox"/> Crepitação					<input type="checkbox"/> Sem resposta	<input type="checkbox"/> Sem resposta

GRAVIDADE PRESUMIDA: [ ] ILESO [X] PEQUENA [ ] MEDIA [ ] SEVERA [ ] ÓBITO EVIDENTE

Assinatura e Carimbo Médico: Dr. Lucas Duarte MEDICO CRM-RR 1787

Assinatura e Carimbo Médico: Dr. Lucas Duarte MEDICO CRM-RR 1787

Assinatura e Carimbo Médico: Dr. Lucas Duarte MEDICO CRM-RR 1787

Assinatura e Carimbo Médico: Dr. Lucas Duarte MEDICO CRM-RR 1787

Assinatura e Carimbo Médico: Dr. Lucas Duarte MEDICO CRM-RR 1787

Assinatura e Carimbo Médico: Dr. Lucas Duarte MEDICO CRM-RR 1787

Assinatura e Carimbo Médico: Dr. Lucas Duarte MEDICO CRM-RR 1787

Assinatura e Carimbo Médico: Dr. Lucas Duarte MEDICO CRM-RR 1787

Assinatura e Carimbo Médico: Dr. Lucas Duarte MEDICO CRM-RR 1787

DESTINO	<input checked="" type="checkbox"/> Atendido no local	<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS	<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
	<input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR	<input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA	<input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Ins - HLI
	<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - HGR	<input type="checkbox"/> HMINSN	<input type="checkbox"/> Outros
	<input type="checkbox"/> Coronel Mota		

**CASO CLÍNICO**

Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente atendido pelo SAMU, recebi as orientações sobre o meu caso, não sendo necessário, no momento, o meu encaminhamento à unidade hospitalar.

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

**PERTINENTE DO PACIENTE**

Descrição: \_\_\_\_\_

Nome do Receptor: \_\_\_\_\_

Função do Receptor: \_\_\_\_\_

Assinatura do Receptor: \_\_\_\_\_

**TERMO DE RECUSA**

☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento pré-hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade.

☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade.

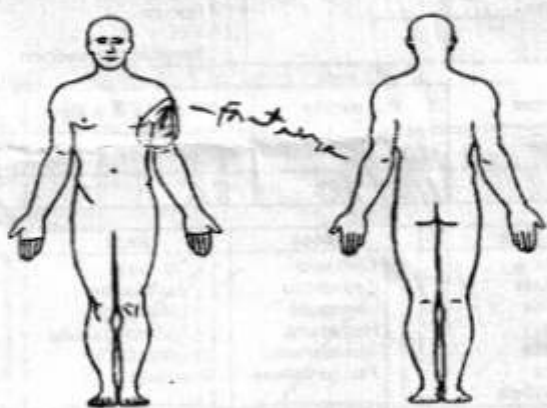
Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA 01: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA 02: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

<b>GESTANTE</b>	<b>MATERIAL E MEDICAÇÃO</b>
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____	- <i>lentes</i>
Perda de líquido: _____ BCF: _____	- <i>02 ataduras 20cm</i>
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão	- <i>01 atadura 8cm</i>

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
1. - Não atende ao estímulo	Assimilada	4
2. - Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Assimilada	3
3. - Abertura ocular após estímulo de extremidade dos membros	A Pressão	2
4. - Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
5. - Outros fatores devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Verbal		Pontos
1. - Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientado	5
2. - Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confuso	4
3. - Resposta não orientada mas comunicação incoerente	Delirante	3
4. - Nome, endereço	Sono	2
5. - Ausência de resposta verbal, sem fatores de interferência	Ausente	1
6. - Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora		Pontos
1. - Cumprimento de ordem com 2 ações	A ordem	5
2. - Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo da cabeça ou do tronco	Localizador	4
3. - Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	4
4. - Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	Flexão anormal	3
5. - Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
6. - Ausência de movimento dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
7. - Fator que limita resposta motora	Não Testável	NT



*história de acidente com moto, no local Lote GOWAT. Apresenta fratura fechada de humero proximal (D). Após protocolo de trauma. Encaminhado ao GT/HGR (calor + punção + inalação) de MSE.*

*vítima ao solo, em decúbito dorsal, MSE. Apresenta fratura fechada, realizada imobilização de membro (MSE) coldi cervical, gazeada, encaminhada ao GT/HGR.*

*Dr. Edson C. de Aguiar Neto*  
*Carimbo Médico*  
*CRM 22.140*

**Gerliane Alves**  
 Enfermeira  
 Especialista em Emergência  
 COREN/RR 349.993

ASSINATURA E CARIMBO

SAMU 192 BV  
 CONF. COM  
 ORDEM DE  
 EMERGÊNCIA  
 26 11 18  
*Stephanie*  
 Rubrica



POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA  
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 049/2019/DAT - Boa Vista - RR, em 18/01/2019.

COMUNICANTE: ADILTON CARNEIRO DE SOUZA

RG: 150387 SSP/RR CPF: 517.562.502-00

NATURALIDADE: BOA VISTA/RR

ENDEREÇO: AV. RIO MUCAJAI Nº. 1117 BAIRRO: ARACELIS SOUTO MAIOR

CIDADE: BOA VISTA ESTADO: RORAIMA

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: AUTONOMO

DATA DE NASCIMENTO: 01/10/1979 IDADE: 39 ANOS GRAU DE INST: ENS. MEDIO COMPLETO

ESTADO CIVIL: CASADO TELEFONE: 99158-4908

Nº REG. CNH: NÃO POSSUI

NOME DO PAI: ZACARIAS MATOS DE SOUZA

NOME DA MÃE: MARIA DA CONCEIÇÃO CARNEIRO DE SOUZA

O comunicante compareceu nesta Delegacia Especializada, para informar que no dia 31/07/2018, aproximadamente às 23:30h, na Av. Ataíde Teive c/ Av. Nazaré Filgueiras - Pintolandia, nesta capital

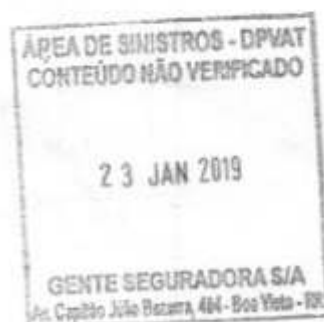
QUE trafegava pela Avenida Ataíde Teive, sentido centro, conduzindo a motoneta HONDA POP 110, placa NAM-4656, Chassi 9C2JB0100GR217138, de propriedade de CLODONIR RODRIGUES DO NASCIMENTO, quando foi colidido por um veículo GM CORSA PRATA, de placa desconhecida. Que a condutora do veículo convergiu a esquerda sem sinalizar, ocasionando o acidente. Que foi socorrido pelo SAMU. Que sofreu lesões corporais. Que **NÃO DESEJA** representar criminalmente; **QUE O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA É APENAS PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O REGISTRO.**

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÕES CORPORAIS.

ERICO WALLACE BESSA ROCHA

Agente de Polícia  
Mat: 042000652

ADILTON CARNEIRO DE SOUZA  
Comunicante



O comunicante declara para os devidos fins de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro.

DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO  
Endereço: Av. Capitão Júlio Bezerra, 343 Centro  
Boa Vista - Roraima - Brasil

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **517.562.502-00** Nome completo da vítima: **Adilton Carneiro de Souza**

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

Nome completo: **Adilton Carneiro de Souza** CPF: \_\_\_\_\_  
 Profissão: **Autônomo** Endereço: **R. CMTE. Evén. Pinheiro** Número: **344** Complemento: **1**  
 Bairro: **13 de Setem Bro** Cidade: **Boa Vista** Estado: **PE** CEP: **69.308-130**  
 E-mail: **lidercaruista.pendencia@hotmail.com** Telefone: **(99) 99117-5392**

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

RENDA MENSAL: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☒ Itau (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: **6953** CONTA: **21847** **3**  
 (Informar o dígito se existir) (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 às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
 Falecidos: \_\_\_\_\_  
 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, 23.01.2019**  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
**Adilton Carneiro de Souza**  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS  
 1ª Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 2ª Nome: **23 JAN 2019**  
 CPF: **THOMAS**  
 GENTE SEGURADORA S/A  
 Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Rua Capitão João Bazerra, 484 - Boa Vista - RR

