

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: 23/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MARCOS NERES DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000019329-7

Nr. da Autenticação DDF9661E4D9A4256

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190284548 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS NERES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 03/11/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO

Descrição do exame físico: APRESENTA DIMINUIÇÃO IMPORTANTE DA FORÇA MUSCULAR, PERDA COMPLETA DA FORÇA DA MÃO ESQUERDA E COMPROMETIMENTO DA MOBILIDADE DE QUIRÓDÁCTILOS, DEFORMIDADE COM DESVIO RADIAL DO PUNHO ESQUERDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE PRONOSUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO E FLEXOEXTENSÃO, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO PUNHO ESQUERDO. APRESENTA TAMBÉM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO, ADUÇÃO E CIRCUNDAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO, PORÉM NÃO É POSSÍVEL ESTABELECER NEXO CAUSAL.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO PUNHO ESQUERDO, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/05/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO EM GRAU MODERADO.

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190284548
Nome do(a) Examinado(a):	ANTONIO MARCOS NERES DE OLIVEIRA
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA C51 45 SANTA LUZIA
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	700.431.572-03
Data e local do acidente:	03/11/2018 BOA VISTA RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 16/05/2019

Resultado da Avaliação Médica

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

VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM QUEDA DE MOTOCICLETA. FOI LEVADO AO PS DE BOA VISTA/RR SENDO AVALIADO PELA ORTOPEDIA ONDE CONSTATOU-SE, CONFORME RX DE PUNHO ESQUERDO, FRATURA DE TERÇO DISTAL DE RÁDIO. DEIXOU DE SER REALIZADO OUTROS EXAMES RADOLÓGICO DURANTE AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA.

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

FOI REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR, AINH, ANALGÉSICOS, ANTIBIOTICOTERAPIA.

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

DEFORMIDADE DE ALINHAMENTO COM DESVIO RADIAL DO PUNHO ESQUERDO. APRESENTA PERDA DE MOBILIDADE ARTICULAR DE PUNHO COM

COMPROMETIMENTO DE PRONO SUPINAÇÃO, FLEXÃO, ABDUÇÃO E ADUÇÃO. PERDA DE FORÇA DO PUNHO ESQUERDO EM MAIS DE 80%. APRESENTA COMPROMETIMENTO DE MOBILIDADE DE DEDOS DA MÃO ESQUERDA COM PERDA TOTAL DE FORÇA DA MÃO. CONSTATAMOS LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE EM OMBRO ESQUERDO PARA ADUÇÃO, ABDUÇÃO E CIRCUNDAÇÃO.

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

(X) SIM () NÃO

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

(X) SIM () NÃO

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

DÉFICIT FUNCIONAL DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, POR LIMITAÇÕES DE MOBILIDADE ARTICULAR RÁDIO ULNAR E PUNHO COMPROMETENDO MÃO ESQUERDA E COMPROMETIMENTO DE OMBRO.

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

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

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

Região Corporal (Sequela): MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

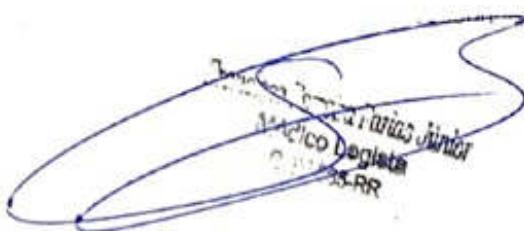
% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

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

NA ÉPOCA DO ACIDENTE, PS DE BOA VISTA E OUTRAS UNIDADE HOSPITALARES DO ESTADO DE RORAIMA APRESENTAVAM DEFICIT DE RECURSOS TENDO SIDO DECRETADO POR ISTO INTERVENÇÃO FEDERAL NA SAÚDE ESTADUAL.



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

Carimbo com nome e CRM

FRANCISCO FERREIRA DE FARIAS JUNIOR - Registro no CRM: 365 - RR

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

1^a Classificação Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

1801030468 03/11/2018 14:07:43

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 21

Paciente

ANTONIO MARCOS NERES DE OLIVEIRA

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

IDENTIDADE 554806-3

Mãe

EVA RIBEIRO NERES

Endereço

RUA - C 51 - 45 - SANTA LUZIA - BOA VISTA - RR

Data Nascimento

Idade

CNS

CPF

Prontuário

70043157203

Nacionalidade

SAO DOMINGOS DO MARANHAO

CMG

BRASILEIRA

Endereço

Número

(95) 99165-5095

Ocupação

Class. de Risco

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Setor

GRANDE TRAUMA

Piano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Tipo de Chegada

SAMU CAPITAL

Nº da Carteira

Profissional do Atend.

Procedência

Procedimento Sol.

Validade

Temp.

Peso

Pressão

Sis Prenatal

Registrado por:

DAL

Quelxa Principal

Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

Exame Físico

Acidente de Moto

02 ABR 2019

Hipótese Diagnóstica

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Dantas, 414 - Boa Vista - RR

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

1) Fratura tibial com fíbula

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

HOSPITAL GERAL
Av. Brdg. Eduardo Gomes
Nova Boa Vista - RR
AUTEN

02 DEZ 2019

Certificado e Documento
cópia é feita Reprodução
que foi apresentado neste

Conduta

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

Marcos Freire
Medico Especialista
CRM/RR 1672

 Ambulatório Observação (Até 24h) Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

Óbito

Antes do 1^a Atendimento? Sim NãoDestino: Família IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: dal

Data/Hora: 03/11/2018 14:11:48

FOTO: Autenticação em Técnica
Digitalizada
ID: 1007-11-000

EXAMES REALIZADOS

Carimbo e Assinatura do Médico

RX

ECOGRÁFIA

TENTOS

ERG

DATA 03 - MAR 2018

ASSINA

Autenticação digitalizada
Aut. ID: 531731-AE
Data: 03/11/2018 14:11:48



1601030468

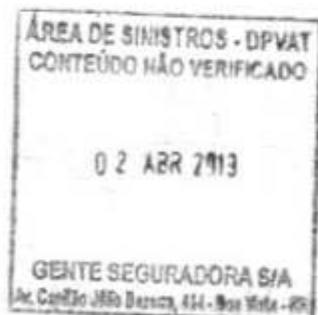
Art Dr Vito Paracat

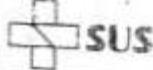
Pct vleu de occident ob noso

R+ Feli evidencia ptole amellocar (6)

EF: dor à pulpação, pulso (4)

ed. TAL + igualdade + intermediação





3PA

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

gr

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE
Cintia Neres Neres de Almeida

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

52/05/60

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Eva Ribeiro Neres

000

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Fx deu antebraço (E) i doeu no braço
mártex M090 + CARPO*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Acidente



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 ABR 2010

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) NO HOSPITAL

Exame fez +R

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Cat

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr Vito Neres

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

3/11/10

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

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CSOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ORGÃO EMISOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

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

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1^ª Classificação Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde Vermelho
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Laranja
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3306 Amarelo
RECLASSE

<input type="checkbox"/>	Vermelho
<input type="checkbox"/>	Laranja
<input type="checkbox"/>	Amarelo
<input type="checkbox"/>	Verde
<input type="checkbox"/>	Azul Ass.

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

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

DIURNO 07-19 21

1801030468 03/11/2018 14:07:43

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente ANTONIO MARCOS NERES DE OLIVEIRA
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo M
IDENTIDADE 554806-3
Mãe EVA RIBEIRO NERES
Endereço RUA - C 51 - 45 - SANTA LUZIA - BOA VISTA - RR

Data Nascimento 12/11/1960 Idade 57 A 11 M 21 D
Estado Civil NAO Raca/Cor PARDA
INFORMADO NI

CNS
Naturalidade SAO DOMINGOS DO MARANHAO CM
BRASILEIRA

CPF 70043157203

Nacionalidade

BRASILEIRA

(95) 99165-5095

Ocupação

Class. de Risco

Piano Convênio
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento
ACIDENTE DE MOTOCaráter do Atendimento
URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Setor
GRANDE TRAUMATipo de Chegada
SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Pressão

Registrado por:

DAL

Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

GSC

TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Exame Físico

Acidente de Moto

ÁREA DE SUBSTROS - DPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 ABR 2013

SADT - Exames Complementares

 RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS

PRESCRIÇÃO

1) frinivane lg (6) fito 15ml

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

HOSPITAL GERAL

AV. BRIG. EDUARDO GOMES

Novo Horizonte - RR

AUTEN

02 DEZ 2013

Certificado e Data Física

cópia é na Reprodução

que foi apresentado nessa

Conduta

 Alta por Decisão Médica Alta a Pedido Alta a Reversa Transferência para:Márcio Freire
Médico
CRM/RR 1612 Ambulatório Observação (Até 24h) Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

Óbito

Antes do 1º Atendimento? Sim NãoDestino: Família IML Anatomia Patológica

segue

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: dal

Data Hora: 03/11/2018 14:11:40

E-Saude
E-Saude - Redesigned user interface
Redesigned user interface
Redesigned user interface

EXAMES REALIZADOS

Carimbo e Assinatura do Médico

 RX ECOGRAFIA ENZ ER

DATA 03 - 11/2018

ASSINATURA

Autônoma - Dr. Roberto

Assinatura - Dr.

Art Dr Vito Paracat

Pct viver de acident olo modo

R+ Foi evidenciado o de anellocar (6)

EF: dor e pulsao, pulso (+)

ED: TAL + impredulos + internavegao

Orto
K





3PA
**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

fx de antebraço (E) / dor no braço
dor no moto + carro

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

cirurgia



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 ABR 2019

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS NO HOSPITAL)

Exam free +R

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 414 - Barra Velha - SC

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Rx ouvulário (E)

Cat

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Vitor Parout

() CNS

() CPF

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARAMBÓ (NP DO REGISTRO DO CONSELHO)

3/VI/13

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO ITAIETO

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

42 - EMPREGADOR

43 - EMPREGADO

EMPREGADO

AUTÔNOMO

44 - DESEMPREGADO

APOSENTADO

45 - NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARAMBÓ (NP DO REGISTRO DO CONSELHO)



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PREScrição MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

Antônio Marcus Nery de Almeida
F+ antebraço (e)

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

HAS

DM2

ITEM

LEITO

DATA

31/11/11

PREScrição

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

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

Suspense

4

TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

5

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

6

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

7

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

8

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

9

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

10

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

11

CURATIVO DIARIO

12

SSVV + CCGG 6/6 H

13

14

15

16

17

18

19

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

20

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Euadim - se.
18.45L

Jeunes da Silva Holanda
Enfermeiro
Coren-RR 254.176. ENI

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gómez, 51-N
Novo Horizonte - Tel (65) 3221-0820
AUTENTIFICAÇÃO

~~08/07/2010~~

08/07/2010

Certifico e Odio Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hosp.

SINAIS VITAIS

6 H

12 H

18 H

24 H

GOVERNO DE RORAIMA
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA OS DE OUTUBRO
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 ABR 2019

RECEITUÁRIO

NOME:

GENTE SEGURADORA S/A

Operário Antônio Moraes de Oliveira, vítima de
acidentado no dia 03/11/2018 com traum ótico
e óptico - o qual os profs. (E) fato tratado
não conseguiram.

*Op. Concluio e fructuaria tars alt
4 mm. do dente. (2203/2019).*

Centro de los ojos e fronte maria
de ovo. deformada vento fe c/ desas nodil
aproximado punto fe - pleno 20 ate 5°
fronte de monopucua en el 10-21
vento difrentes obedi al desaf puxa plu

H.V. Sindicato Interconionting Industrial 113 del M.E.
Sect. Asamblea de perso 1/00. Memb.

DATA:

ASSINATURA E CARIMBO

Av. General Ataíde Teixeira nº 6459 – Bairro Nova Canaã
CEP. 69314-416 – Boa Vista – Roraima - Brasil
(0xx95) 3625-0794/3627-7196

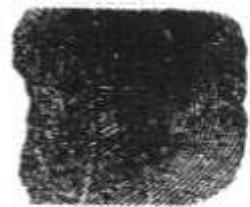
16/04/2015

91

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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



Pólopar Direito



NÃO ALFABETIZADO

Assinatura do(a) A.P.

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 554806-3

DATA DE EXPEDIÇÃO 09/08/2018

NOME

ANTONIO MARCOS NERES DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO

ANTONIO RAIMUNDO DE OLIVEIRA

EVA RIBEIRO NERES

NATURALIDADE

SÃO DOMINGOS DO MARANHÃO - MA

DOC. ORIGINAL

CERTO NASC 4814 FLS 04 LIV A-29

SÃO DOMINGOS DO MARANHÃO-MA

CPF

700.431.572-03

AMADEU ROCHA TRIANI

Portaria Presidencial de Pública Cidadã

(Decreto nº 50)

1ª VIA

DATA DE NASCIMENTO

12/11/1960

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

P7

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Ceará 1960 Distrito: 434 - Boa Vista - RR



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007790/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/03/2019 11:51 Data/Hora Fim: 25/03/2019 12:07
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 25/03/2019
Delegado de Policia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 03/11/2018 13:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Pintolândia

Logradouro: Rua Nivaldo Conceição

Complemento: cruzamento com S-12

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO MARCOS NERES DE OLIVEIRA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - São Domingos

Sexo: Masculino

Nasc: 12/11/1960

Profissão: Pedreiro

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Eva Ribeiro Neres

Nome do Pai: Antonio Raimundo de Oliveira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 554806-3

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua C-51

Bairro: santa luzia

Nº: 45



Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado compareceu nesta delegacia para informar que NÃO é habilitado, e que no dia, hora e local acima informado, pilotava a motocicleta de seu genro Wagner José de Sousa Bandeira (RG 180716/RR, residente na rua Jorge Dias Carneiro, nº 398, Alvorada), sendo esta uma Honda CG 160 START, ano/modelo 2016/2016, placa NUL-5798, CHASSI 9C2KC2500GR025932, RENAVAM 01095894282, e que estava conduzindo a motocicleta pela via preferencial, quando no cruzamento informado, foi colidido na lateral direita da motocicleta, por veículo desconhecido, bem como sua placa. Que o condutor do automóvel evadiu-se do local, tomando rumo ignorado, não sendo possível anotar a placa da mesma. Que devido as lesões sofridas no acidente, foi levado ao HGR por uma equipe do SAMU, onde passou por atendimento médico. Que o referido B.O é exclusivamente para fins de Seguro DPVAT.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007790/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães
Responsável pelo Atendimento
MAT. 042000925



Antonio Marcos Neres de Oliveira
(Comunicante / Vítima)

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

DAT

23 MAR 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Ceará Júnior Bessa, 434 - Boa Vista - RR