

# 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 QUIRODÁCTILOS, 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 ESTABELECEER 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, PERMANECER 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 RADIO. DEIXOU DE SER REALIZADO OUTROS EXAMES RADIOLÓGICO 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) Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?**

( X ) SIM ( ) NÃO

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

( X ) SIM ( ) NÃO

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

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 trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

**Região Corporal (Sequela):** 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):**

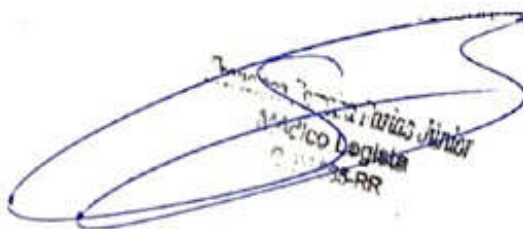
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**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.



Francisco Ferreira de Farias Junior  
Médico Legista  
CRM 365 - RR

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

**Carimbo com nome e CRM**

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



1801030468

03/11/2018 14:07:43

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

21

Paciente

ANTONIO MARCOS NERES DE OLIVEIRA

Data Nascimento

12/11/1960

Idade

57 A 11 M 21 D

CNS

CPF

70043157203

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

M

Estado Civil

NAO

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

SAO DOMINGOS DO

MARANHAO

Nacionalidade

BRASILEIRA

Mãe

EVA RIBEIRO NERES

Endereço

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

(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 MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Sector

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Registrado por:

DAL

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Acidente de moto  
11 lesões em punho E

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 ABR 2019

GENITE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAO - X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

11 fraturas lp @ furo 15mm

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

HOSPITAL GERAL  
Av. Btg. Eduardo  
Nova Brasília  
AUTENT  
02 DEZ 2019  
Certifico e Dou Fé que  
cópia é fiel reprodução  
que foi apresentado nest

Internação

Ortopedia

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

segue

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: dal

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

EXAMES REALIZADOS

☐ Carimbo e Assinatura do Médico

☐ RX

☐ ECOGRAFIAS

☐ ENTOSCOPIA

☐ ERGONOMIA

☐ ERGONOMIA

☐ ERGONOMIA

☐ ERGONOMIA

☐ ERGONOMIA

☐ ERGONOMIA

☐ ERGONOMIA

☐ ERGONOMIA

☐ ERGONOMIA



1801030468

Art Dr Vitor Paranhos

Pct relv de acidente de modo

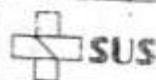
. R+ Foi evidenciado FT de anular (E)

. EF: dor à palpacao, pulso (+)

. Ed. TALA impededida + internação

Dr. M. N. Paranhos  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 10.111-AP/RS





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

3PA

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fx ole antebraço (E); dor no antebraço  
interior novo + CARRO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 ABR 2013

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Pereira, 434 - Boa Vista - RJ

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º 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 - CNPJ EMPRESA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)



WRL

1ª Classificação/Reclassificação	2ª Classificação/Reclassificação	3ª Classificação/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"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.

1801030468 03/11/2018 14:07:43

**FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA**

Paciente: **ANTONIO MARCOS NERES DE OLIVEIRA** Data Nascimento: **12/11/1960** Idade: **57 A 11 M 21 D** CNS: **70043157203** DIURNO 07-19 21

Tipo Doc: **IDENTIDADE** Documento: **554806-3** Órgão Emissor: **DATA EMISSÃO** Sexo: **M** Estado Civil: **NAO INFORMADO** Raça/Cor: **PARDA** Naturalidade: **SÃO DOMINGOS DO MARANHÃO MA** CPF: **70043157203** Nacionalidade: **BRASILEIRA** Prontuário: **(95) 99165-5095**

Mãe: **EVA RIBEIRO NERES**

Endereço: **RUA - C 51 - 45 - SANTA LUZIA - BOA VISTA - RR**

Ocupação:

Class. de Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira:  Validade:  Autorização:  Sis Prenatal:

Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.:  Procedência:  Temp.:  Peso:  Pressão:

Sector: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol.:  Registrado por: **DAL**

Queixa 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**

Hipótese Diagnóstica: **1º lesão em punho E**

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Confúcio João Damasceno, 414 - Boa Vista - RR

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

1) fratura de 1ª falange do 5º dedo

APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
HOSPITAL GERAL Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308 Boa Vista - RR AUTENTICAÇÃO 02 DEZ 2018 Certifico e Dou Fé que cópia e fiel reprodução que foi apresentado neste	

Conduta: **Autolítico Ortopedia**

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório

☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)

☐ Alta a Revella ☐ Internação

☐ Transferência para:  Data e Hora da Saída/Alta:

óbito:

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: dal  
Data Hora: 03/11/2018 14:11:40

EXAMES REALIZADOS

☐ RX ☒ RADIOGRAFIA

☐ ECOGRAFIA

☐ ENTOSTOMATOLOGIA

☐ BRONCOLOGIA

☐ DERMATOLOGIA

☐ GINECOLOGIA

☐ NEFROLOGIA

☐ ONCOLOGIA

☐ ORTOPIEDIA

☐ OTORRINOLARINGOLOGIA

☐ PEDIATRIA

☐ PSICOPEDAGOGIA

☐ PSICOLOGIA

☐ PSQUIATRIA

☐ REumatologia

☐ UROLOGIA

☐ VETERINÁRIA

Carimbo e Assinatura do Médico: **Antônio Carlos de Barros**

DATA: **03-11-2018**

ASSINATURA: **Antônio Carlos de Barros**

CRM/RR: **531731-AE**

1001030468



Art Dr Vitor Pararati

Pct nãu de acidente do modo

. R+ Foi evidenciado F+ do anelocar (6)

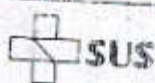
. EF: dor à palpacao, pulso (+)

. Ed. TALA irregularidade + intermoea

Dr. Vitor Pararati  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 10.123







Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

3PA

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Antonio Marcus Neres de Oliveira

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Eva Rubens Neres

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

02/05/60

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

M

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fx de antebraço (E); dor no antebraço  
e dor no dorso de CERVIC

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Arterial

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

Exame físico + R

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

HOSPITAL GERAL DE  
Av. Brig. Eduardo  
Nova Friburgo RJ 27200-000  
AUTENTICAÇÃO  
02 DEZ 2013  
Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia é fiel Reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

ÁREA DE SINISTROS - DEPARTAMENTO  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

02 ABR 2013

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capão João Bezerra, 414 - Boa Vista - RJ

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fx de antebraço (E)

25 - CLÍNICA

Car

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Car

28 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Vitor Moraes

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

3/11/13

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 ATÍPICO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

36 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR





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



DATA DE ADMISSÃO

PACIENTE

Antônio Marcos Nóbis de Almeida

DIH

DN

DIAGNÓSTICO

P+ antebraço (D)

ALERGIAS

IDADE

HAS

DM2

ITEM

LEITO

DATA

31/05/18

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

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

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 DIÁRIO

12

SSV + CCGG 6/6 H

13

14

15

16

17

18

19

20

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Euadine - se.

18:45L

Jeanes da Silva Holanda  
Enfermeiro  
Coren-RR 254.176 - ENF



SINAIS VITAIS

6 H

12 H

18 H

24 H



GOVERNO DE RORAIMA  
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA 05 DE OUTUBRO  
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
18 ABR 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Rua Capão João Pereira, 486 - Boa Vista - RR

RECEITUÁRIO

NOME: Carlos Medina

Operário Antônio Mendes de Oliveira vítima de  
acidente de moto 03/11/2018 com trauma cervical  
e fratura do nível do pescoço (C) pelo tró-  
mo de compressão.

Opo. Condiciona e fratura torço alta  
opo. 4 mem do acidente. (20/03/2019).  
Opo. Condiciona C1 dor nos braços e limitação mobilidade

do arco: deformidade ponto F2 C1 dor nos braços  
A dor do ponto F2 - / peso 20 e 5.  
Sentença de promotoria cabeço 10-21  
Sentença de promotoria dor do C1 dor nos braços

H/A Siquê de fratura C1 condicione em laudo 1/3 de 11/18  
percento de probabilidade de peso e por movimento  
DATA: 16/04/2019

Assinatura e Carimbo  
Assinatura do médico responsável em MSE:

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

16/04/2019

gtd

Carimbo de C. Medina  
Assinatura



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



**NÃO ALFABETIZADO**  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **554806-3** DATA DE EXPIRAÇÃO **09/08/2018**

NOME  
**ANTONIO MARCOS NERES DE OLIVEIRA**

FILIAÇÃO  
ANTONIO RAIMUNDO DE OLIVEIRA  
EVA RIBEIRO NERES

NATURALIDADE  
SÃO DOMINGOS DO MARANHÃO - MA

DATA DE NASCIMENTO  
**12/11/1960**

DOC. ORIGEM  
CERTD NASC 4814 FLS 04 LIV A-29  
SÃO DOMINGOS DO MARANHÃO-MA  
CPF

700.431.572-03

1ª VIA

**AMADEU ROCHA TRIANI**  
Ponto de Registro do Estado de Roraima  
(Imprimir em azul)

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 ABR 2013

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Camilo Jêso Bezerra, 414 - 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 Polícia: 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)

Logradouro: Rua Nivaldo Conceição

Complemento: cruzamento com S-12

Bairro: Píntolândia

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 (SUPOSTO 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, RENAVAL 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.

Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha  
Impresso por: Daniel Baraúna Magalhães  
Data de Impressão: 25/03/2019 12:07  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA 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 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-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

