

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: 20/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000036079-4

Nr. da Autenticação 7D4F1CDB332E1F50

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, RAIDON GOMES NASCIMENTO

RG nº 3651533

, data de expedição 27/04/13

Órgão SSP/RR

, portador do CPF nº 012 896 932 69

com domicílio na cidade de

BOA VISTA

, no Estado de

RORAIMA

, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. TEUNA CAVALCANTE

, nº 817

complemento _____

, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

ANTOMA CÉLIA AHUES GUIMARÃES

, cujo o condutor era

ANTOMA CÉLIA AHUES GUIMARÃES

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA XRE

Ano: 2018

Placa: NAQ7046

Chassi: 9C2ND1110JR101381

Data do Acidente: 20/05/19

Local e Data:

BOA VISTA, 27/10/2019

RAIDON GOMES NASCIMENTO

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

{ caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro }

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Batista, 404 - Boa Vista - RR



CARTÓRIO LOUREIRO

Av. Vilela Ribeiro, nº 3636 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (65) 328-6097 - ATENDIMENTO: CARTÓRIOLOUREIRO@GMAIL.COM

DR. JOZIEL LOUREIRO

TARELÁO E REGISTRADOR

REC-VERDADEIRA a(s) assinatura(s).

CNPJ: 44.000.440/0001-40 - RAIDON GOMES NASCIMENTO

CPF: 365.153.3

RG: 3651533

AVG: Em testemunho

da verdade Boa Vista, 03/07/2019

End: 2,45, FUNDEJUR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10, Vlr. Selo: 1,50

Selo: RECFIR158345CGP3TKSK17U56L86

Consulte seu selo: <https://cidadao.portaislorr.com.br>

CPF Solicitante: 01289893269

Thais Coutinho Weber
Escrevente Autorizada
Cartório Loureiro

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.:
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.:

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.:

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.:

1901112125 20/05/2019 11:37:30

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 17

Paciente

ANTONIA CELIA ALVES DE GUIMARAES

Tipo Doc Documento

IDENTIDADE 122298

Mãe

EXPEDITA DA SILVA ALVES DE ARAUJO

Endereço

RUA - UNIVERSO - 1587 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR

Data Nascimento

08/01/1976

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

Idade

43 A 4 M 12 D

CNS

708906767408516

CPF

38264935249

Prontuário

00080194

Nacionalidade

BRASILEIRA

Paiz

JOSE RIBAMAR DE ARAUJO

Contato

(95) 99157-8369

Ocupação

NÃO INFORMADA

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Setor

GRANDE TRAUMA

Queixa Principal

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTÂNEA

Nº da Carteira

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Procedimento Sol.

Registrado por:

CASSIO.LIMA

Síndrome Febril

Sintomático Respiratório

Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

A + VAP + Cola (utro); B + mu + expon. pluvial

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

C + 0/1000 de sfto ofto; D + ECG: SS; R + R +

Exame Físico

C + 0/1000 de sfto ofto; deformidade em M + S +

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

RAIO-X

ULTRA-SON

TC

SANGUE

URINA

ECG

OUTROS:

PRESCRIÇÃO

dipras 20 @ ojor

Nefopl 1g @ ojor

APRAZAMENTO

12/00

OBSERVAÇÃO

ÁREA DE MINISTROS - DPMAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N

Novo Flamingo Tel: (55) 2124-0620

FAX: 2124-0620

15 SET 2019

Centro de Atendimento à Cidade

Cópia e faxes para o Hospital

Original

Data e hora de alta:

GENTE SEGURADORA SIA

Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

Ambulatório

Observação (Até 24h)

Internação

IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Fernando Andrade

CRM-RR: 1164

CRM-RR: 1164

Assinatura e Peculiaridade

CRM-RR: 1164

Ref. - CT

Salvo de anexo
não fiscal

CD: JF
Lia, 10/10/2019



JF



BLOCO D

PLTB 23.05.19

Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
SaúdeLAUDO 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

Antônio Célio Alves Guerra

6 - N° DO PRONTUÁRIO

0080194

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

701891016761341018151116

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/01/1976

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO PESSOAVEL

EX-Redinha da Silva Alves de Araujo 95991164813169

RUA - Universo - 1587 - cidade SATELITE - BOA VISTA PR

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

PR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fadiga da febre (C)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

(Av. Capital, 1000 - Centro - Rio)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ffo Cxys

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

Rt + E nenhuns

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

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fadiga fadiga fadiga (C)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fadiga

26 - DOCUMENTO

() CNS

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

() CPF

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - CLÍNICA

29 - CNPJ DA SEGURADORA

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Fábio Cxys

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/05/19

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

(C)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

() CNS

() CPF

() RG

() TIT

() PIS

() INSS

() PASEP

() FGTS

() INPS

() INSS



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	<i>Adolfo Célio Alves da Silva</i>			
AGNÓSTICO	<i>Autônomo</i>			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	
IDADE	LEITO		DATA <i>10/05/19</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			<i>SNP</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			<i>mante</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			<i>SN 19:13</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			<i>(12) 18 29:06</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			<i>06:12</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			<i>SN</i>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			<i>SN</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			<i>22:00 14</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			<i>sn</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			<i>28/29:06/12</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			<i>22:10</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			<i>SN</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H			<i>Retina</i>
14	CURATIVO DIÁRIO			<i>M</i>
15				
16				
17				
18	<i>Regulador para leito</i>			
19				
20				
21	<i>Boco D - 02</i>			

REGISTRO DE FARMACÊUTICO

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

ÁREA DE SINISTROS - DPNT

200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≥ 70

19:13 - 60x40ml/dia

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA SIA

Av. Capitão João Batista, 464 - Bela Vista - RR

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	110/76	84	18	36
18 H	135/74	86		
24 H	121/74	80	18	36

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

an 19:06

20:45h - Apurado SSVU,

P.A. 120/81 P-88

R 20 + 30 - 30m

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



103-2

DATA DE ADMISSÃO DIH DN

PACIENTE *Antônio César Alves Gomes*

AGNÓSTICO

ALERGIAS HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE LEITO 403-2 DATA 21-05-19.

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	S/0
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	Maintec
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	12:15-20:00
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	00:00/40
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	11:00-20:00
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	12:15-20:00
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	12:15-20:00
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	12:15-20:00
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	12:15-20:00
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	12:15-20:00
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	12:15-20:00
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	12:15-20:00
13	SSVV + CCGG 6/6 H	SSVV
14	CURATIVO DIÁRIO	M
15		
16		
17		
18		
19		03 SET 2019
20		
21		

ÁREA DE BIMESTRES - INPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

CENTRO SEGURADOR/ASSA
Av. Ceará, 1100, Bairro: MM - Rio Verde - RR

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:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICRÉTICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO : RX: # CONDUTA - MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :

PREVISÃO DE ALTA :

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista/Traumatologista
CRM/RR 1615 / RQE: 684

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	115/74	95	18	36,3°
18 H	120/70	93	19	36,2°
24 H				

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

00 20/13 86 36,4°C
13 às 19 horas → Realizados curados
de enxugagem. Adm. medicação cpm.

*José Antônio Maia de Sá
CORPO 07-5002-002 AE*

403-2

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

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 20/05/2019 DIH DN #####

PACIENTE ANTONIA CELIA ALVES GUIMARÃES

DIAGNÓSTICO FX UMERO PROXIMAL E (COLO E TM)

ALERGIAS HAS DM2

IDADE 43 LEITO 403-2 DATA 22/05/2019

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE SN

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO master

3 CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H 16 24 08

4 GENTAMICINA 240MG EV 1X/DIA 24

5 DIPIRONA 2ML EV 6/6 02/06/2019 18 24 06 12

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

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

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

9 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) SN

10 SSVV + CCGG 6/6 H Rotina

12 CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG SN

14

15

16

17

18 SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),

19 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;

20 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%

40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%

40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

Obs: Paciente presente às 06h, as 02-20h. Paciente 15:00 hs.
dor na região das costas e
ombros, feito medicação CPN.

Franckle Almeida Ribeiro
COREN-RR 353.432 - ENF

Miriam da C. Buona
Tec. de Enfermagem
COREN-RR 948.477

Dr. Fernando Rezende
MÉDICO DE BIMESTRES - DPMAT
Médico Residente - Mestrado

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

SINAIS VITAIS	P.A.	P	R	TAV.
6 H	138/66	60	-	36.1
12 H				
18 H	140/80	78	19mm	35.9°C
24 H	129 X 85	/ 92	/	35.6

03 SET 2019

403-2

ÁREA DE SINISTROS - DP HGR
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
03 SET 2019 SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

GENTE SEGURADORA SIA
Av. César Célio Batista, 404 - Boa Vista - RR

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Antônio Felis Alves Pimentel, 13 ANOS,
 DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 10/05/17, COM
 DIAGNÓSTICO DE Fratura de Ossos Pivôantes (6)

NO DIA 11/05/17, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
 SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 13/05/17, AS 12,00h, EM
 BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
 CORONEL MOTA NO DIA 06/06/17, AS 13,00h, COM O
 DR. Patrick

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Odinachi Okemba

BOA VISTA, 17/05/17

Dr. Odinachi Okemba
 Médico Especialista
 Ortopedista e Traumatologista
 CRM: 1851/RR

MÉDICO

Nome **ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES**
Data: 22/05/2019 Idade: 43A Procedência: HGR
Médico Solicitante: EMIR SYGLA

Cód. Pac.: 57539

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO

Protocolo

Foram realizadas aquisições axiais de 1 mm, em aparelho multidetector.

* Exame realizado em caráter de urgência, conforme solicitação.

Indicação

- Trauma.

Relatório

- Fratura cominutiva na cabeça/colo femoral, com desalinhamento quase total /impactação ao nível do colo cirúrgico, associada a angulação da cabeça e relação ao úmero proximal. Relação cabeça umeral e glenóide preservada.
- Derrame articular glenoumral. Presença de focos gordurosos no interior do recesso adjacente.
- Articulação acromioclavicular preservada.
- Demais estruturas ósseas preservadas.
- Edema subcutâneo margeando a musculatura do deltóide, podendo estar relacionado a estiramento muscular adjacente.
- Demais estruturas musculares sem alterações significativas.



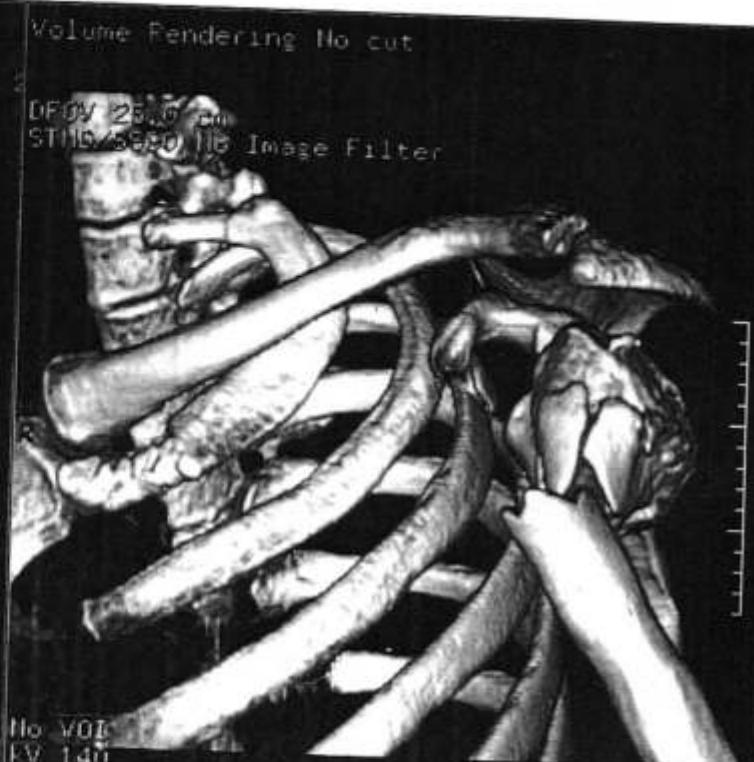
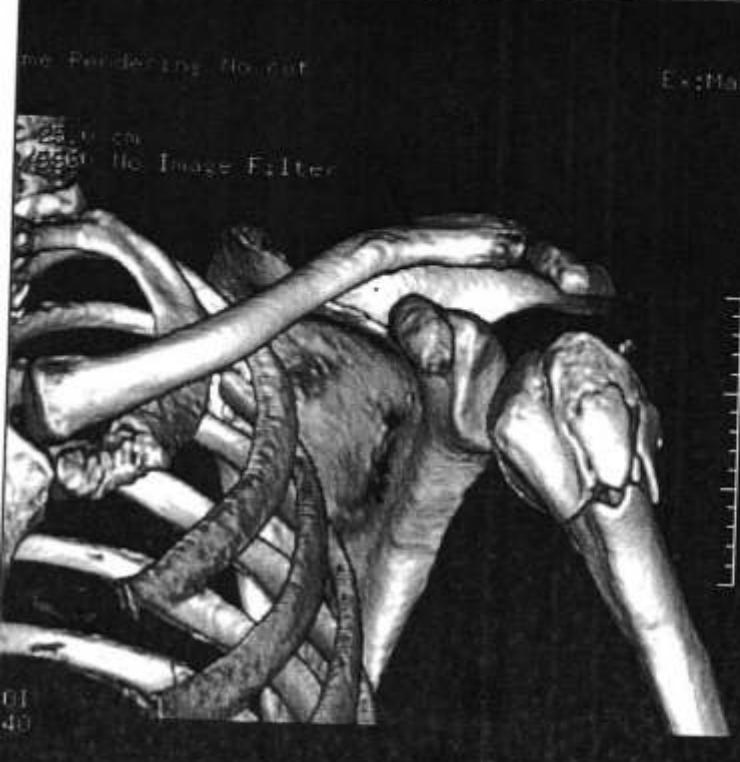
Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443
Responsável Técnico

Dr. Leomar Hitotuzi

Dr. Leomar Hitotuzi
Médico Imagenologista
CRM-RR 1232

CRM 1232

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



1/1.25sp

Patient ID:
age:

57539
43Y

Patient Name:
Sex:

ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES
F

W: 0 L: 0

1 / 1

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIÉDAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO
TERRITÓRIO NACIONAL

1653640699

ANTONIA CELIA ALVES GUIMARÃES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
122298 SSP RR

CPF
382.649.352-49 DATA NASCIMENTO
08/01/1976

PAIS/MAIS
JOSE RIBAMAR DE ARAUJO

EXPEDIDA DA SILVA
ALVES DE ARAUJO

PERMISSÃO
ACC
CAT/NAIS
AB

Nº REGISTRO
04608556290
VALIDADE
24/05/2023
HABILITAÇÃO
04/10/2011

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador

PROIBIDO PLASTIFICAR

1653640699

LOCAL
BOA VISTA, RR
ANTONIO FRANCISCO RESERVA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR
ASSINATURA DO EMISSOR

DATA DE EMISSÃO
20/07/2018
64564190492
RR209668938

RORAIMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0303956/19

Vítima: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

CPF: 382.649.352-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/05/2019

Titular do CPF: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES : 382.649.352-49

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 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: 03/09/2019
Nome: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES
CPF: 382.649.352-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190512781 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES **Data do acidente:** 20/05/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA NO ÚMERO.

Descrição do exame físico: MSE: OMBRO CONGELADO SEM MOVIMENTO DE ABDUÇÃO/ADUÇÃO/ELEVAÇÃO/EXTENSÃO/FLEXÃO + ATROFIA EM REGIÃO ESCAPULAR E BRAÇO + LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FORÇA MOTORA.

Resultados terapêuticos: VITIMA FICOU INTERNADA POR 04 DIAS PARA FAZER CIRURGIA E DEVIDO AUSÊNCIA DE MATERIAL NO SERVIÇO PÚBLICO FOI FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE TIPOIA POR 30 DIAS, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM AGOSTO 2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL COMPLETA DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/09/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRIATAS NO EXAME FÍSICO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190512781 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES **Data do acidente:** 20/05/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.1,3(BAM) P.2(RELATÓRIO) P.7(ALTA) P.8,9(EXAME) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190512781 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES **Data do acidente:** 20/05/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.1,3(BAM) P.2(RELATÓRIO) P.7(ALTA) P.8,9(EXAME) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190512781

Vítima: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

Data do Acidente: 20/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190512781**

Vítima: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

Data do Acidente: 20/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 000000036079-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190512781

Vítima: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

Data do Acidente: 20/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190512781 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES **Data do acidente:** 20/05/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA NO ÚMERO.

Descrição do exame MSE: OMBRO CONGELADO SEM MOVIMENTO DE ABDUÇÃO/ADUÇÃO/ELEVAÇÃO/EXTENSÃO/FLEXÃO + ATROFIA EM FÍSICO: REGIÃO ESCAPULAR E BRAÇO + LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FORÇA MOTORA.

Resultados terapêuticos: VITIMA FICOU INTERNADA POR 04 DIAS PARA FAZER CIRURGIA E DEVIDO AUSÊNCIA DE MATERIAL NO SERVIÇO PÚBLICO FOI FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE TIPOIA POR 30 DIAS, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM AGOSTO 2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL COMPLETA DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/09/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRIATAS NO EXAME FÍSICO.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

**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: 3190512781
Nome do(a) Examinado(a): Antonia Celia Alves Guimaraes
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Escorpião, 37 Prox. A Material de Construção Satélite
Cidade Satélite Boa Vista RR CEP: 69317-500
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RR] 122298
Data local do acidente: [20/05/2019]
Data local do exame: [16/09/2019] BOA VISTA [RR]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO, COM CONSEQUENTE TRAUMATISMO NO MSE: FRATURA NO ÚMERO

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

Tratamento: VITIMA FICOU INTERNADA POR 04 DIAS PARA FAZER CIRURGIA E DEVIDO AUSENCIA DE MATERIAL NO SERVICO PÚBLICO FOI FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE TIPÓIA POR 30 DIAS, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM AGOSTO 2019

Complicações: MSE: OMBRO CONGELADO SEM MOVIMENTO DE ABDUÇÃO/ADUÇÃO/ELEVAÇÃO/EXTENSÃO/FLEXÃO + ATROFIA EM REGIÃO ESCAPULAR E BRAÇO + AUSENCIA DE FORÇA MOTORA DO MÉMBRO + AUSENCIA DO MOVIMENTO DE PINÇA/APRENSÃO DA MÃO

Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

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

MSE: OMBRO CONGELADO SEM MOVIMENTO DE ABDUÇÃO/ADUÇÃO/ELEVAÇÃO/EXTENSÃO/FLEXÃO + ATROFIA EM REGIÃO ESCAPULAR E BRAÇO + LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FORÇA MOTORA

- 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 susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

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

MSE: OMBRO CONGELADO SEM MOVIMENTO DE ABDUÇÃO/ADUÇÃO/ELEVAÇÃO/EXTENSÃO/FLEXÃO + ATROFIA EM REGIÃO ESCAPULAR E BRAÇO + LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FORÇA MOTORA

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 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 à valoração do dano corporal.

TC OMBRO E(22/5/19): FRATURA COMINUTIVA NA CABEÇA /COLO FEMORAL (NA VERDADE É ÚMERO)

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
CPF - 378.315.502-91
CRM/RR - 1032

Regina Claudia R. M. Alho
Dra. Regina Claudia R. M. Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
ROE: 177

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

38264935249 ANTONIA CEHA A GUIMARÃES

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

SERVIÇOS GERAIS

8 - Endereço:

R. ESCORPIÃO

6 - CPF:

38264935249

9 - Número:

37

10 - Complemento:

RR 69317500

11 - Bairro:

CID. SATELITE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69317500

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

95991578369

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 00036079 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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.

03 SET 2019

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vainascer)?

Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

BOA VISTA, 02/10/2019.

Antonia Céha Alves Guimaraes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

545251

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 121/2019/DAT - Boa Vista-RR, em 21/06//2019

COMUNICANTE: ANTONIA CÉLIA ALVES GUIMARÃES

RG: 122298

O. EXP.: SSP/RR

CPF: 38264935249

ENDERECO: RUA - ESCORPIÃO, 37

BAIRRO: CIDADE SATÉLITE

CIDADE: BOA VISTA - RR

SEXO: FEMININO

PROFISSÃO: SERVIÇOS GERAIS

NATURALIDADE: BARRA DO CRODA

ESTADO: MA

DATA DE NASCIMENTO: 08/01/1976 IDADE: 43 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: SUPERIOR INCOMPLETO

ESTADO CIVIL: CASADO

TELEFONE: 99157-8369

N° REG. CNH: 04608556290

NOME DO PAI: JOSÉ RIBAMAR DE ARAÚJO

NOME DA MÃE: EXPEDITA DA SILVA ALVES DE ARAÚJO

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 10h30min do dia 20/05/2019,
NA AVENIDA DOS IMIGRANTES COM RAIMUNDO PENA FORTE.

A comunicante acima qualificada compareceu nesta Delegacia para relatar que seguia no endereço acima citado na **MOTOCICLETA HONDA/XRE 300, PLACA NAQ-7046, DE COR VERDE, ANO 2018/2018, CHASSI 9C2ND1110JR101381, RENAVAM 01154933889 DE PROPRIEDADE DO SENHOR RAIDON GOMES NASCIMENTO**; Quando a comunicante foi surpreendida por um veículo desconhecido que vinha pela Rua RAIMUNDO PENA FORTE e que o mesmo não obedeceu a Placa de Sinalização; Que a comunicante não conseguiu evitar a colisão; Que a equipe do SAMU esteve no local prestando os primeiros socorros e levando ALGIA EM OMBRO ESQUERDO, ALGIA LOMBAR E FRATURA NO DEDO POLEGAR ESQUERDO; Que esse registro é para fins de SEGURO DPVAT; É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO E LESÃO CORPORAL
OBSERVAÇÃO:

Antonia Célia Alves Guimaraes
ANTONIA CÉLIA ALVES GUIMARÃES

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e cliente 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."

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

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



Q SOPHIC DAT	AGENTE CARACTERIZADO DE POLICIA CIVIL Givanildo da Silva Vieira Mat. 0420008519		
--------------------	--	--	--



Paciente: **ANTONIA CÉLIA ALVES GUIMARÃES**

Idade: **13**

Sexo: **F**

Nacionalidade: **Brasileiro**

Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia

Endereço: **AV. Imigrante c/ Raimundo Pena** Bairro **Forte**

Nº 8207 DATA 20/05/19 HORA J/9: 10:43 BASE **04** VIA () () RÁDIO

Médico (a) Regulador (a): **Dra. Irenilda** HORA J/10: 10:49 **CELULAR**

MOTIVO INICIAL: **colisão carro x moto**

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora **X** 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Queimadura | <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica |
| <input type="checkbox"/> Agressão física / espacamento | <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio | <input type="checkbox"/> Choque elétrico | <input type="checkbox"/> Transferência |
| <input type="checkbox"/> Agressão física – FAF | <input type="checkbox"/> Envenenamento | <input type="checkbox"/> Queda | <input type="checkbox"/> Exame complementar |
| <input type="checkbox"/> Agressão física – FAB | <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Urgência clínica | <input type="checkbox"/> Outros |

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VITIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Capacete
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança
<input type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Airbag
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input checked="" type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Assento para criança
		<input type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Bicicleta
		<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Animal
		<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Outro

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Livre		<input type="checkbox"/> Apneia		<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input type="checkbox"/> Taquicardico	<input type="checkbox"/> Miase	
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial		<input type="checkbox"/> Dispnéia		<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"		<input type="checkbox"/> Midriase	
<input type="checkbox"/> Obstrução Total		<input type="checkbox"/> Bradipneia		<input type="checkbox"/> Pulso radial ausente		<input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E	
<input type="checkbox"/> Corpo estranho		<input type="checkbox"/> Taquipneia		<input type="checkbox"/> Pulso central ausente		<input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado	
<input type="checkbox"/> Outro:				<input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> Extremidade	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora	

SINAIS VITIAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Inicio	11:13 130/90	110	22	97	—	—	08	35
Final	13:45 130/90	125	20	98	—	—	05	15

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ÁREA DE BIMESTROS - DRAFT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	ABERTURA OCULAR
1 - Dor		<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea
2 - Hematoma		<input type="checkbox"/> Ao comando
3 - Contusão		<input type="checkbox"/> À dor
4 - Escoriação		<input type="checkbox"/> Sem resposta
5 - Laceração		
6 - Luxação		
7 - Fratura fechada		
8 - Fratura exposta		
9 - Amputação		
10 - Evisceração		
11 - Afundamento de crânio		
12 - Ferimento penetrante		
13 - Tórax instável		
14 - Enfisema subcutâneo		
15 - Ferida aspirativa		
16 - Empalamento		
17 - Outros		

GENTE SEGURADORA S.A.C.

Av. Capitão João Bezerra, 466 - Boa Vista - RR

AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFFECTAÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PREGNÉSSA	
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> FV	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Infeciosa	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> AESP	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Medicamento de uso	
<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Digestiva			

GRAVIDADE COMPROVADA	[] Ileso	[] Pequena	[] Média	[] Severa	[] óbito

*Ruiel Diego de M. Botelho
Cirurgião de Cabeça
& Pescoco
CRM-RR 1276 / ROE-644*

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

- [] Cancelamento
[] Recusa de Atendimento / [] Hospitalização
[] Não se encontrava no local
[] Trote

MEIOS
ACIONADAS

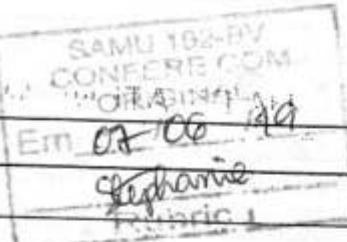
- [] Polícia Militar
[] Guarda Municipal
[] SMTRAN

**SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL**

*Em 07/06/19
[] Bombeiro
[] Outros: **Stephanie***

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 464 - Boa Vista - RR



PERTINÊNCIA 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 médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:			
	Assinatura do Paciente:	RG:		
	TESTEMUNHA 01:	RG:		
	TESTEMUNHA 02:	RG:		

GESTANTE							
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes			<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva			
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.			<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante			
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s			<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laringea	<input checked="" type="checkbox"/> Monitorização cardíaca			<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas		
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de Introdução Bougle	<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical			<input type="checkbox"/> Curativos		
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock			<input type="checkbox"/> Parto vaginal		
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ___ L/min	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa			<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência		
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Tirantes			<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação		
<input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED			<input type="checkbox"/> Outros:		
<input checked="" type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n° 20	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° _____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
<i>2</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>2</i>

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Equipe acionada para colisão moto x carro, ao chegarmos no local encontramos vítima em decúbito ventral, após retirada de capacete, foi realizado roteamento de 360 em etapas, com segurança do cervical. Após avaliação subumérnia foi contatado profissional photivo em MSC, algia em ombro erguido + algia lombor. Realizado QTW com a regulagem que orientou analgesia + transporte ao G.T de HGR.

*Elisa Sábia Rodrigues Lop
COREN - RR 001.723 TE*

Materiais: