

# 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: 19/02/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.490,27

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

CLIENTE: GLEISON DE MORAIS OLIVEIRA

BANCO: 290

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000012757935-7

---

Nr. da Autenticação D304D1B6915FBB75

Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200472995

Vítima: GLEISON DE MORAIS OLIVEIRA

Data do Acidente: 21/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GLEISON DE MORAIS OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 110,47
Juros:	R\$ 17,30
Total creditado:	R\$ 2.490,27

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: GLEISON DE MORAIS OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.490,27

Banco: 290

Agência: 000000001

Conta: 000012757935-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vai nascer)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00037089/2020

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 24/11/2020 08:57:04 Data/Hora Fim: 24/11/2020 09:13:18  
 Origem: Órgão: Polícia Judiciária Tipo Documento: Relatório de Atendimento Data: 24/11/2020  
 Delegado de Polícia: Juseilton da Costa e Silva

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 21/08/2020 23:00 (Hora Aproximada)

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)  
 Bairro: Pintolândia  
 Logradouro: Avenida S-4  
 Complemento: Cruzamento com a Rua N-7  
 Ponto de Referência: Hospital das Clínicas  
 Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 DA LEI 9.503/1997 - CTB )	Veículo

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: GLEISON DE MORAIS OLIVEIRA (VÍTIMA , ENVOLVIDO , COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 19/06/1987 Idade 33  
 Profissão: Mecânico Escolaridade: Ensino Médio Completo  
 Estado Civil: Solteiro(a) Naturalidade: Boa Vista - RR  
 Nome da Mãe: Alaide de Moraes Andrade Nome do Pai: Antonio Alves de Andrade

**Documento(s)**

RG: 246131  
 CPF: 976.496.862-72

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
 Logradouro: RUA GALILEIA Nº: 234  
 Complemento: Casa  
 Bairro: Jóquei Clube CEP: 69.313-012  
 Telefone: (95) 99176-6564 (Celular)

**Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (ENVOLVIDO , SUPOSTO AUTOR/INFRATOR )**

Nacionalidade: Brasileira

Fls: 2

Visto:



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

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00037089/2020

## OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

<b>Grupo Veículo</b>	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 012.397.002-45	<b>Placa</b> NUJ8895
<b>Renavam</b> 00535750498	<b>Número do Motor</b> KC16E7D031066
<b>Número do Chassi</b> 9C2KC1670DR031066	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2013/2013
<b>Cor</b> PRETA	<b>UF Veículo</b> RR
<b>Município Veículo</b> Boa Vista	<b>Marca/Modelo</b> HONDA/CG 150 FAN ESI
<b>Veículo Adulterado?</b> Não	<b>Situação</b> Meio Empregado
<b>Última Atualização Denatran</b> 02/09/2020	<b>Situação do Veículo</b> ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC ULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos
Gleison de Moraes Oliveira	Proprietário

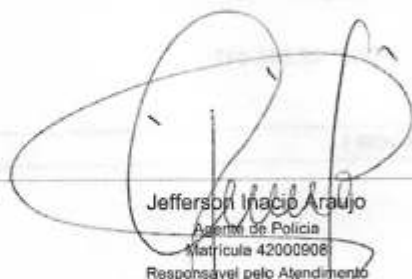
<b>Grupo Veículo</b>	<b>Subgrupo</b> Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
<b>Veículo Adulterado?</b> Não	<b>Situação</b> Meio Empregado

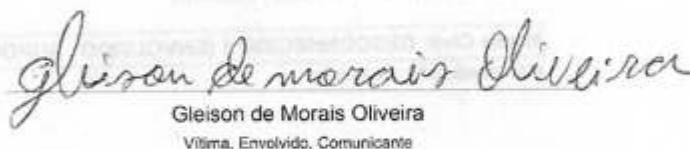
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Depositário, Proprietário, Possuidor

## RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não é habilitado, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo sua motocicleta devidamente descrita acima, pela Avenida S-4, onde no cruzamento com a Rua N-7, um veículo invadiu sua preferencial e ocasionou a colisão. Que sofreu lesões corporais e foi resgatado até o HGR. Que o condutor do veículo ocasionador permaneceu no local até o seu resgate, não sabendo informar o nome do mesmo e apenas que o veículo tratava-se de uma FIAT/UNO DE COR AZUL. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

## ASSINATURAS

  
Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000908  
Responsável pelo Atendimento

  
Gleison de Moraes Oliveira  
Vítima, Envolvido, Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 389-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



# 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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: PAG BANK

AGÊNCIA: CONTA:

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vai nascer)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SEQ.: 0045 UC: 0037326-5 DT. LEIT.: 22/07/2020 T. ENTR.: 07  
LEITURA: 19739 MINIMO TOTAL: 56.18 CARGA: 002

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 4464959

**ANTONIO LOPES DA S FILHO**

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>539180</b>	MÊS <b>01/2020</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>20-DEC-19 a 22-JAN-20</b>
CONSUMO (kWh) <b>1197</b>	VENCIMENTO <b>10-FEB-20</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 969,04</b>

**OBSERVAÇÕES**

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

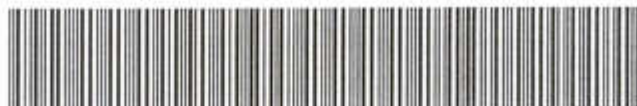
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO <b>539180</b>	MÊS <b>01/2020</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 969,04</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836500000093.690400750004.000000000539.918001200057







Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES** inscrito (a) no CPF nº 294.316.382-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **GNEISON DE MORAIS OLIVEIRA** inscrito(a) no CPF sob o nº **97649686272**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALENDEZ** da vítima **GNEISON DE M. OLIVEIRA** inscrito (a) no CPF sob nº **97649686272**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço RUA SD.PM.JACINTO JOSE DE SANTANA SILVA		Número 359	Complemento
Bairro CARANÃ	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69313-572
Email LUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) 95 99116-8367

Boa Vista-RR, 07, 12, 2020

Local e Data

Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

---

## DECLARAÇÃO E RETIFICAÇÃO

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que consta registro de GLEYSON DE MORAIS OLIVEIRA retifica-se por **GLEISON DE MORAIS OLIVEIRA**, deu entrada no PRONTO NO PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO (**GRANDE TRAUMA**), no dia 21/08/2020 às 23:31hrs, por motivo de ACIDENTE DE MOTO, recebendo os cuidados da equipe de plantão. Cód. de Atendimento: 2001263153.

---

CONFERE COM ORIGINAL  
05/11/2020  
J. J. J.

Boa Vista-RR, 05 de Novembro de 2020.



**AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO  
HOSPITALAR - AIH**

Prontuário 00181043	Data Internação 22.08.20	Data da Saída 24.08.20
Número da AIH: 142010006144.6		
Enfermaria 1190	Leito 03	

**Dados do Paciente**

Estabelecimento Executante HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR	CNES 2319659
---	-----------------

**Nome do Paciente**

GLEYSON DE MORAIS OLIVEIRA

Cartão do SUS 02807157246361	Data de Nascimento 19/06/1987	SEXO 1 - Masculino	Raça/Cor PARDA
---------------------------------	----------------------------------	-----------------------	-------------------

Nº RG, CPF ou Registro de nascimento	Nacionalidade BRASILEIRA
--------------------------------------	-----------------------------

Nome da Mãe ALAIDE MORAIS ANDRADE
--------------------------------------

Nome do Responsável GLEYSON DE MORAIS OLIVEIRA	Fone p/ Contato
---	-----------------

Endereço AVENIDA - BRIGADEIRO EDUARDO GOMES	Número SN	Bairro AEROPORTO
--	--------------	---------------------

Município BOA VISTA	Código do IBGE 140010	UF RR	CEP 69.310-005
------------------------	--------------------------	----------	-------------------

**Dados da Internação**

CPF Médico Sol - CRM 2015	Médico Solicitante	Cartão SUS
------------------------------	--------------------	------------

Procedimento Solicitado 4.08.05.05.51	Procedimento Principal	Esp	C. Int 02	CID P 581	CID S V49	CID CA	M. Sa 11
--	------------------------	-----	--------------	--------------	--------------	--------	-------------

Em caso de Parto: Nasc Vivo <input type="checkbox"/> Nasc Morto <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Trans <input type="checkbox"/> Óbito
--	--

**Procedimentos Realizados**

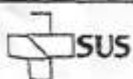
Linha	Tipo	Ato/Procedimento	Cod Ope	CPF/CNPJ	CRM	CBO	QNT	C UTI
01	01				197		01	
02	02				2015		01	
03	06				1424		01	
04	07				1964		01	
05	07				2124		01	
06								
07					87=12	202008	01	
08								
09								
10								
11	01	04.01.01.00.15			16837		01	
12								
13								
14								
15								

**Autorização**

Nome Médico Autorizador RONAM PACHECO DE CARVALHO	Data Autorização 22/08/20	CPF Autorizador 768.264.736-15	CNS Autorizador 898000750181917
Nome do Médico Auditor	Data Auditoria / /	CPF Auditor	CNS Auditor

FATURISTA  
1: 20  
CONTROLOGIA E GESTÃO HOSPITALAR

Revis



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HGM

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

GLEYSON DE MONTES OLIVEIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

181043

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70281071157124631614

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/06/87

9 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Alcides Moraes Andrade

11 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Belo Vista

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

16000

15 - UF

RJ

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente em uso de tomografia eletrônica, vítima  
de acidente automobilístico.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Análise + Ex Físico + Rx

CONFERE COM ORIGINAL  
25/11/2020  
[Assinatura]

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

As acima

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fr. Exp. Ossos Perna (D) + Fr. Plav.

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. MARCUS BRUNNEN

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

22/08/2020

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

Dr. Lucas Santos da Silva  
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RJ 2015

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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)

0408050551  
5821  
V499





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

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

2001263153 21/08/2020 23:31:15 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 17

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
GLEYSO DE MORAIS OLIVEIRA	19/06/1987	33 A 2 M 2 D			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
				M	NAO
Mãe					RAÇA/COR
ALAIDE MORAIS ANDRADE					PARDA
Endereço					Naturalidade
- NAO INFORMADO - SN - - BOA VISTA - RR					BRASILEIRA
					Contato
					NI
					Ocupação

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				EDILEUDA.SOUZA

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

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_h)  
*Paciente vítima de acidente automobilístico*

Exame Físico *CP post-traumático. Perda de consciência em torax e perna (D).*

CONFERE COM ORIGINAL  
05/11/2020  
*[Assinatura]*

Hipótese Diagnóstica  
*Fratura de fêmur direito  
Fratura de tíbia e perna esquerda.*

SADT - Exames Complementares
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>M - Gesso Gou B.</i>		
<i>Dipirona 2g e 4 - 4x em 4h.</i>		
<i>Paracetamol 400 e 4x - 4x em 4h.</i>		
<i>Clonazepam 0,5 e 4x - 4x em 4h.</i>		
<i>Fratura exp. Tíbia (D).</i>		
<i>Arco C.D. Geral</i>		

Conduta	Dr. Marcus Brunner
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica	<input type="checkbox"/> Ambulatório
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia	<input type="checkbox"/> Internação
<input type="checkbox"/> Transferência para:	Data e Hora da Saída/Alta:

óbito	Destino:
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico





BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 22/08/2020 O.S.

GLEYSON DE MORAIS OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx EXP. DE OSSOS DA PERNA (D) + Fx de PLATO

INDICAÇÃO TERAPEÚTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO: FIXAÇÃO EXTERNA

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: DR. MANUELO BRUNHON 1º AUXILIAR: DR. PEDRO (RZ)

2º AUXILIAR: DR. LAEL (RS)

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

① PUTE em ODH + ANESTESIA;

② A A + CCE

OBS: PUTE em uso de TORNALHEIRA ELETRÔNICA, SENDO NECESSÁRIO A RETIRADA DO MESMO, APÓS COMUNICAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DO ORGÃO DE SEGURANÇA RESPONSÁVEL (VERAUX BAULO DE OLIVEIRA SILVA) (CPF 986.404.022-72), FICANDO SOB TUTELA DO AGENTE (PAULO SILVA).

③ LMC + FIXAÇÃO EXTERNA TRANSCUTÂNEA EM MID;

④ SUTURA + CURATIVO

⑤ NPA

Dr. Lael do Santos da Silva  
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2015

Dr. Manoel Brunhon  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 197925-02

119-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	GLEYSON DE MORAIS OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO	FX EXP OSSOS PERNA D + FX PLATO D				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	119-3	DATA	22/8/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				06 12 18 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
11	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
12	CURATIVO DIARIO				CURATIVO
13	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				10 16 22 04
14	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				08 20
15					
16					
17					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC): CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	114x80	77		36,3°C	
12 H	123x82	97		36,8°C	
18 H	119x75	96		37,5°C	
24 H	102x69	80		36,7°C	

Lael Silva (Res Ortop)  
CRM/RR 2015  
Loamir Viana (Res Ortop)  
CRM/RR 2124  
Don Martins (Res Ortop)  
CRM/RR 2038  
Bruno Vieira (Res Ortop)  
CRM/RR 1231

18h -> Realizado troca de AVP, gelco me so.

f. original copiado

23 02

119-3.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Gleyson de Monty Oliveira				
AGNÓSTICO	EX EXP. Ossa de Roraima (D) + EX PLATO (D)				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	22/08/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				06 12 18 24
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				08 16 24
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				08 20
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

**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, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
 NORMOCORADO, HIDRATADO.  
 #SOLICITADO: RX: #CONDUITA: MANTIDA  
 #PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 #PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				

*Dr. Lúcio do Santos da Silva*  
 Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia  
**MÉDICO RESIDENTE**  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



119-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <u>166650- de monais OLIVEIRA</u>					
AGNÓSTICO <u>FP EX P. OSSOS PEANNA (D) + FX PLAT (D)</u>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	<u>22/08/2020</u>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<u>SN</u>
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				<u>Man-vr</u>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				<u>SN</u>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<u>06 12 24 06</u>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<u>06</u>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<u>SN</u>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				<u>SN</u>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<u>14 22 06</u>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<u>SN</u>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<u>10 16 22 04</u>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<u>08 20</u>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<u>SN</u>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<u>Notado</u>
14	CURATIVO DIÁRIO				<u>M</u>
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

**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			
18 H			
24 H			

*Dr. Lauro Santos da Silva*  
 Residente em Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RR 2015

MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



119-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	GLEYSON DE MORAIS OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO	FX EXP OSSOS PERNA D + FX PLATO D				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	119-3	DATA	23/8/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6h
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				06.12.18.24h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
11	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
12	CURATIVO DIARIO				CURATIVO
13	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				12h, 6h, 06h
14	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				12h, 24h
15					
16					
17					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

Dr. Augusto Cavalcante  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1904

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	110x77	86		36.4°C	
12 H	120x70	72		36.4°C	
18 H	120x80	68		36.4°C	
24 H	108x68	68		36.6°C	

Paciente em leito estável  
após SSVV e SNG em  
unidade de enfermaria  
7/8/2020

- Lael Silva (Res Ortop)
- CRM/RR 2015
- Loamir Viana (Res Ortop)
- CRM/RR 2124
- Don Martins (Res Ortop)
- CRM/RR 2038
- Bruno Vieira (Res Ortop)
- CRM/RR 1231

119-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	GLEYSON DE MORAIS OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO	FX EXP OSSOS PERNA D + FX PLATO D				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	119-3	DATA	24/8/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				06 12 18 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
11	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
12	CURATIVO DIARIO				CURATIVO
13	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				12 18
14	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				08
15	Resumo: Gleyson				
16					
17					
19					
20					
23	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, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
 # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					

Lael Silva (Res Ortop)  
 CRM/RR 2015  
 Loamir Viana (Res Ortop)  
 CRM/RR 2124  
 Don Martins (Res Ortop)  
 CRM/RR 2038  
 Bruno Vieira (Res Ortop)  
 CRM/RR 1231

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	80.232
DATA DE EXPEDIÇÃO	17/07/2002
NOME	LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
FILIAÇÃO	ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM
NATURALIDADE	BOA VISTA-RR
DATA DE NASCIMENTO	14/03/1971
DOC ORIGEM	CC-3766 F.260 L.B-12 BOA VISTA-RR.
CPF	294316382 - 15
<i>Ramiro Francisco da Silva Junior</i> ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.116 DE 28/08/93	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA	
 MODELO DIRETO	
<i>Luana Amorim</i> ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	



NOME: GLEISON DE MORAIS OLIVEIRA		02	QUALIFICAÇÃO CIVIL
LOC. DE NASC.: BOA VISTA - RR	19/06/1987 NASCIMENTO		
FILIAÇÃO: ANTONIO ALVES DE ANDRADE ALAIDE DE MORAIS ANDRADE			
DOC. APRESENTADO R.G. 246131 SESP RR			
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO			
LEI Nº 9.045, DE 18 DE MAIO DE 1995			
RG: 246131	CPF: 976.496.862-72		
LOCAL DA EMISSÃO: DRT/RR			
EMIÇÃO: 17/03/2006	<i>Februino</i>		
ASSINATURA DO EMISSOR			

 <b>MINISTÉRIO DO TRABALHO</b> SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO		<b>CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL</b>	
PIS/PASEP <b>162.67867.80-4</b>		Nº <b>9201382</b>	UF <b>RR</b>
Assinatura: <i>gleison de morais oliveira</i>		Assinatura do Titular	
			



NOME: GLEISON DE MORAIS OLIVEIRA		02	QUALIFICAÇÃO CIVIL
LOC. DE NASC.: BOA VISTA - RR	19/06/1987 NASCIMENTO		
FILIAÇÃO: ANTONIO ALVES DE ANDRADE ALAIDE DE MORAIS ANDRADE			
DOC. APRESENTADO R.G. 246131 SESP RR			
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO			
LEI Nº 9.045, DE 18 DE MAIO DE 1995			
RG: 246131	CPF: 976.496.862-72		
LOCAL DA EMISSÃO: DRT/RR			
EMIÇÃO: 17/03/2006	<i>Februino</i>		
ASSINATURA DO EMISSOR			

 <b>MINISTÉRIO DO TRABALHO</b> SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO		<b>CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL</b>	
PIS/PASEP <b>162.67867.80-4</b>		Nº <b>9201382</b>	UF <b>RR</b>
Assinatura: <i>Gleison de Moraes Oliveira</i>		Assinatura do Titular	
Impressão digital		Impressão digital	

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200472995 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GLEISON DE MORAIS OLIVEIRA **Data do acidente:** 21/08/2020 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

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

**Data da análise:** 10/02/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG.5\_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

**Nome:** GLEISON DE MORAIS OLIVEIRA

**Identidade:** 246131 SSP/RR **CPF:** 976.496.862-72

**Naturalidade:** BOA VISTA/RR **Nacionalidade:** BRASILEIRO

**Estado Civil:** SOLTEIRO **Profissão:** AUTONOMO

**Endereço:** RUA GALILÉIA, 234 – JOQUEI CLUBE / CEP: 69.313-012

### OUTORGADO:

**Nome:** LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

**Nacionalidade:** BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

**Profissão:** FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR **CPF:** 294.316.382-15

**Endereço:** RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT ; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; HOSPITAL DAS CLÍNICAS; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 03 de setembro de 2020.



*Gleison de Moraes Oliveira*

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



<b>CARTÓRIO LOUREIRO</b>		<b>DR. JOZIEL LOUREIRO</b> TABELÃO E REGISTRADOR
RUA GALILÉIA, 234 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3624-6077 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR		
REC AUTENTICA a(s) assinatura(s)		
[99A00000] - GLEISON DE MORAIS OLIVEIRA		
WS sem testemunho da verdade Boa Vista, 17/09/2020		
FIR 2.56 FUNDEJURR 0.26 FISC 0.13 FECON 0.13 ISS 0.13 ICMS 0.56		
Selo REC FIR 1583451Q90BCKL8BDO9S20 N° Ticket: 0000		
Consulte seu selo: <a href="https://cidadao.portalselorr.com.br">https://cidadao.portalselorr.com.br</a>		
CPF Solicitante: 97649886272		

di. cre. **Brigadeiro**  
**le Autorizada**  
**LOUREIRO**

*Naira Jane Brito Oliveira*  
Escrevente Autorizada  
CARTÓRIO LOUREIRO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0379134/20

**Vítima:** GLEISON DE MORAIS OLIVEIRA

**CPF:** 976.496.862-72

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

**Data do acidente:** 21/08/2020

**Titular do CPF:** GLEISON DE MORAIS OLIVEIRA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### GLEISON DE MORAIS OLIVEIRA : 976.496.862-72

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/12/2020  
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES  
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/12/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO