

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

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 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, 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:
07649686272

4 - Nome completo da vítima:

GHEISON DE MORAIS OLIVEIRA

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

5 - Nome completo:

GHEISON DE MORAIS OLIVEIRA

6 - CPF:
07649686272

7 - Profissão:

AUTÔNOMO

8 - Endereço:

RJ: GAMAEIA

9 - Número:

234

10 - Complemento:

11 - Bairro:

JOGUEI ELUOE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RJ

14 - CEP:

693130125

15 - E-mail:

MUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

95991168367

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
 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: **DPG BANK**

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0001**

CONTA: **12757935**

(+)

(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 (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)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

BOA VISTA, 07/11/2020

X Gheison de Moraes Oliveira

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

Assinatura da testemunha

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 Policia: 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: Pitolândia

Logradouro: Avenida S-4

Complemento: Cruzamento com à 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

Nº:234

Logradouro: RUA GALILEIA

Complemento: Casa

CEP: 69.313-012

Bairro: Jóquei Clube

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)

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

Nome Envolvedo	Envolvimentos
Gleison de Moraes Oliveira	Proprietário
Nome Envolvedo	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 à Rua N-7, um veículo invadiu sua preferencial e ocasionou à 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 4200096
Responsável pelo Atendimento

Gleison de Moraes Oliveira

Vítima, Envolvedo, Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 389-Denúncia 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 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:
07649686272

4 - Nome completo da vítima:

GHEISON DE MORAIS OLIVEIRA

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

5 - Nome completo:

GHEISON DE MORAIS OLIVEIRA

6 - CPF:
07649686272

7 - Profissão:
AUTÔNOMO

8 - Endereço:
RJ: GAMAEIA

9 - Número:
234

10 - Complemento:

11 - Bairro:

JOGUEI ELUOE

12 - Cidade:
BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

693130125

15 - E-mail:

MUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):
95991168367

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
 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: **DPG BANK**

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0001**

CONTA: **12757935**

(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 (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):

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)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

BOA VISTA, 07/11/2020

X Gheison de Moraes Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Gómez, 491 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B - 1
Regime Especial de Imprensa autorizada pela SEPAZ 348/R13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0037326-5

Nº DA NOTA FISCAL 5712976 FEMP*

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de outubro de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2020	06/08/2020	50	56,18

ANTONIO ALVES DE OLIVEIRA
CPF: 00038321424287
R. GALILEIA 234 - CONQUET CLUBE
CEP: 69.313-012 - VISTA

DATAS DA LEITURA			Próxima leitura:		
Atual: 27/07/2020	Anterior: 19/07/2020	Emissão: 28/07/2020	Apresentação: 28/07/2020	Dias de consumo:	33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Mediadeado
1.3.1.2	RESIDENCIAL	BIF	14TDB01071	MÍNIMO	CONVENC

DADOS DA LEITURA kWh

	KWH TOTAL/PTA	INJETADO EPONTA	KWH EPONTA	INJETADO INTERRED.	KWH INTERRED.	INJETADO RESERVADO	KWH RESERVADO
Leit. Atual	19739						
Leit. Anterior	19739						
Constante	1.000						
Resíduo							
Medido	0						
Faturado:	50						

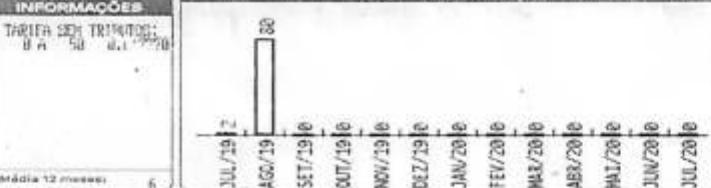
DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	50 A R\$ 0,625282 =	31,26
ISENÇÃO ICMS 6,41		24,92
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 0,50 0,1770

HISTÓRICO DE MEDAÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 12/08/2020, em função das contas reajustadas neste fatura. O não pagamento pode levar, também à inclusão do nome do consumidor na SERVIÇO. Informações ainda existentes no sistema referentes ao valor de R\$ 2.776,50 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Año Valor R\$
06/2020 56,18

LIGUE 98887619120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 7FA1.1F00.1572.D82C.BEFF.4A03.6B75.E948

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	20,66
Distribuição:	9,06
Transmissão:	0,00
Encargos:	1,17
Pontas:	

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculos	ALIQUOTA	VALOR
ICMS:		
PIS:	0,20%	0,06
COFINS:	0,99%	0,31
Tributos:		0,37

INDICADORES DE CONTINUIDADE

OIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	9,24	18,49	36,99
Realizado	2,35		
FIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,46	16,92	33,84
Realizado	2,00		
DMIC	Mensal	OICRI	Mensal
Limite	4,99	Limite	
Realizado	0,00	Realizada	
Conjunto:	Mês acima:		EUSD:
FLORESTA	05/2020		15,07

ROT: 31.001.17.05.050908

SEU CÓDIGO

0037326-5

TOTAL A PAGAR - R\$

56,18

MÊS FATURADO

07/2020

VENCIMENTO

06/08/2020

Nº DA NOTA FISCAL

5712976 FEMP*

83630000000 4 56180075000 3 00000000037 2 32650720008 6

SEQ.: 0045 UC: 0037326-5 DT.LEIT.: 22/07/2020 T.ENTR.: 07
LEITURA: 19739 MINIMO TOTAL: 56,18 CARGA: 002



AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA

VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

RORAIMA ENERGIA**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 539180	MÊS 01/2020	PERÍODO DE CONSUMO 20-DEC-19 a 22-JAN-20
CONSUMO (kWh) 1197	VENCIMENTO 10-FEB-20	TOTAL A PAGAR R\$ 969,04

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

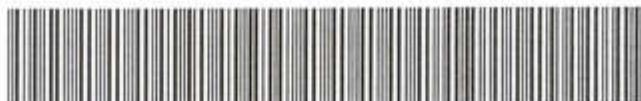
**RORAIMA ENERGIA**AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA
VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836500000093.690400750004.000000000539.918001200057



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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 SUSEP¹ 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 falha 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 COAF².

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

² 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPEZ** 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 **INVADERS** 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

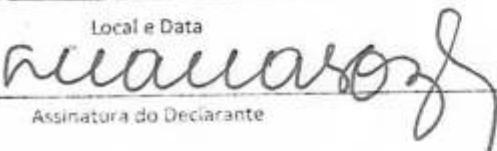
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider--DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
RUA SD.PM.JACINTO JOSE DE SANTANA SILVA		359	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CARANÁ	BOA VISTA	RR	69313-572
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
LUANNA.SOUZZA71@HOTMAIL.COM		95 99116-8367	

Boa Vista-RR, 07/12/2020

Local e Data



Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
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
Jubilus*

Boa Vista-RR, 05 de Novembro de 2020.



Prontuário 00181043	Data Internação 22.08.20	Data da Saída 24.08.20
Número da AIH: Enfermaria	142610006144.6 1190	Leito 03

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR - AIH

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
---------------------------------	----------------------------------	-----------------------	-------------------

RG, CPF ou Registro de nascimento 40.08.05.0551	Nacionalidade BRASILEIRA
--	-----------------------------

Nome da Mãe ALADE 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	Cartão SUS
---------------------	------------

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

Procedimento Solicitado 40.08.05.0551	Procedimento Principal	Esp 02	C. Int 02	CID P 201	CID S VRM	CID CA	M. Sa 11
--	------------------------	-----------	--------------	--------------	--------------	--------	-------------

Em caso de Parto: Nasc Vivo () Nasc Morto() () Alta () Trans () 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					57-12	202008	01	
08								
09								
10								
11	01	04 cl.01.00.15			46837		01	
12								
13								
14								
15								

Autorização								
Nome Médico Autorizado RONAM PACHECO DE CARVALHO			Data Autorização 22/08/20		CPF Autorizado 768.264.736-15		CNS Autorizado 898000750181917	
Nome do Médico Auditor			Data Auditória 1 / 1		CPF Auditor		CNS Auditor	

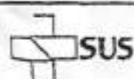
FATURISTA
CONTABILIZAÇÃO E GESTÃO HOSPITALAR

2020

Altro: 24/08/2020

Anexo I

BLOCO A



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

HGN

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Gleyson de Moraes Oliveira

6 - N° DO PRONTUÁRIO

181043

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702181017165742463161

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/06/87

9 - SEXO

Masc.

Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Alcione Moraes Andrade

11 - FONE DE CONTATO

N° DO FONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Venda

DDD

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

Rio de Janeiro RJ

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pcte em uso de tomografo eletromagnética, vítima de acidente automobilístico.

JUNTE-SE COM ORIGINAL
05/08/2020
Fábio

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Anamnese txa fisco + rx

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

Rx acima

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Rx exp ossos perna (D) + Rx plaq

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intra artroscopia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

Dr. Marcus Gomes

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Lucas Gomes

Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia

CRM-RJ 2015

Dr. Marcus Brunnen

22/08/2020

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - SÉRIE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - PCBR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

22/08/20

0408050551
5821
V499



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

Reclassificação _____
_____) Vermelho
_____) Laranja
_____) Amarelo
_____) Verde
_____) Azul Ass.:

Reclassificação _____:
_____) Vermelho
_____) Laranja
_____) Amarelo
_____) Verde
_____) Azul Ass.:

2001263153	21/08/2020 23:31:15	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			NOTURNO 19-	17		
Paciente GLEYSON DE MORAIS OLIVEIRA	Data Nascimento 19/06/1987	Idade 33 A 2 M 2 D	CNS	CPF 07	Prontuário			
Tipo Doc Mãe	Documento ALAIDE MORAIS ANDRADE	Órgão Emissor - NAO INFORMADO	Data Emissão NI	Sexo M	Estado Civil NAO INFORMADO	Raça/Cor PARDA	Naturalidade	Nacionalidade BRASILEIRA
Endereço						Contato	Ocupação	
- NAO INFORMADO - SN -- BOA VISTA - RR								
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
Setor	URGÊNCIA							
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada SAMU CAPITAL	Procedimento Sol.		Registrado por:	EDILEUDA.SOUZA			
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6						TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)	<i>Placente vítima acidente automobilístico de perna esquerda. Perdeu sangue em torno e perna (D).</i>							
Exame Físico	<i>Exame suspeito. Perdeu sangue em torno e perna (D).</i>							
Hipótese Diagnóstica	<i>Fratura com deslocamento de 2 cm espessura da perna. hemorragia extensa.</i>							
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON C- <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO		<i>M - Glass Gav 15.</i>		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO			
<i>Injunto de gesso e cinto em ferro (D).</i>								
<i>Revisão dia 07/09/2020 - procedimento cirúrgico no dia 06/09/2020 (D)</i>								
<i>- Auch G-D. Geral</i>								
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Refeira <input type="checkbox"/> Transferência para:			<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Data e Hora da Saída/Alta:	Dr. MÉRCIO GRUNER Ortopedia e Traumatologia CRM-RN 1917 ROC 823			
Óbito								
Antes do 1º Atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Destino:	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica			

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: edileuda.souza
Data Hora: 21/08/2020 23:34:38





BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 22/08/2020 O.S.

Gleyson de Moraes Oliveira

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Frx EXP. no ossos da perna (0) + Frx do PFC

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO: Fixação Externo

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

Dr. Willian Célio Gomes

CIRURGIÃO: Dr. Marcus Brunner 1º AUXILIAR: Dr. Peano (RZ)

2º AUXILIAR: Dr. Lael (RS) INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR: ANESTESIA:

ANESTESISTAS: ANESTÉSICO:

INÍCIO: FIM: DURAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

(1) Pore em OOH + Anestesia;

(2) A.A + CGE

OBS: Pore em uso de rotação rotina eletrônica, sonos necessários
a RETINA. No mesmo, após comunicação e autorização
do orgão de segurança responsável (VERE. BAURO SILVA
e SILVA) (CPF 386.404.022-72), ficando sob tutela do AGENTE
(PAULO SILVA).

(3) LMC + FIXAÇÃO EXTERNA TRANSMICROPLATE EM MID;

(4) SUTURA + CURATIVO

(5) NPA.

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

Dr. Alceu de Britto Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 197 RC 373

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 PERNAS 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 MMHG | 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 | 06 22

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

23 |

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

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

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	114x80	77		36,3°C	
12 H	123x82	97		36,8°C	
18 H	119x75	96		37,59	
24 H	102x69	80		36,7°C	

18h → Realizado troca de AVP, gelco one 20.

+ Cognoscente

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 do monte Oliveira			
AGNÓSTICO	Ex. EXP. OSSOS RENAS () + Fx PLANO ()			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		DATA	22/08/2020
ITEM	PREScrição			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			
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 + SF0,9% 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
DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MEDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTERICO, 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. Zuel do Santos da Silva
Residente em Ortopedia e Traumatologia
MEDICO RESPONSÁVEL
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

119-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HGR	
PREScrição MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	16/06/50 - D ^o mons. Oliveira				
AGNÓSTICO	FP EXC P. OSS-1 Perna (R) + f x PLAS (R)				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	22/06/2012	
ITEM	PREScriÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				M
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				06 12 24 06
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				14 22 06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				10 16 22 04
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				08 20
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H				M
14	CURATIVO DIÁRIO				M
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:

1-250: 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 :

Dr. Luis da Silva
Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2015

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

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 PERNAS 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			6/12
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 MMHG			SN
11	SSVV + CCGG 6/6 H			ROtINA
12	CURATIVO DIARIO			CURATIVO
13	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			12h 68h 14h 06h
14	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			08h 20h
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			
23				

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

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

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	100x77	86		36.4°C
12 H	110x70	72		36.1
18 H	120x80	68		36.2
24 H	108x68	68		36.6°C

Pausa no leito estável
Afasto 55 NV e S/G em ao
mudar de posição
703/632

189-3

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 PERNAS 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	Desodorizante			Loamir Viana Médico Ortopedista CRM/RR 2124
16				
17				
19				
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UUT; 300: 4UUT; 301-350: SUI: 351-400: SUI: ≥ 400: 10 UUT E OU GLICOSE ≥ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTEAMONISTA			
23				

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 VITAIS	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)

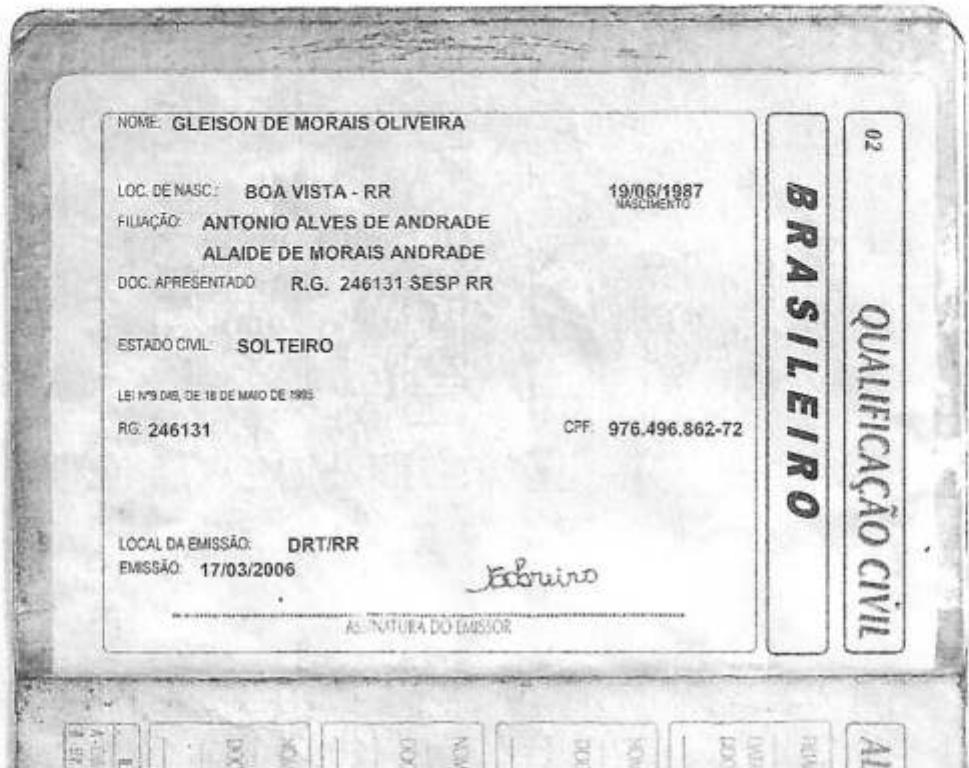
CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231







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

Valorização 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 morais oliveira
Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



Brito Quatios
Brito Quatios
te Autorizada
CARTÓRIO LOUREIRO
Naia Jane Brito Quatios
Escrevente AutORIZADO
CARTÓRIO LOUREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0379134/20

Vítima: GLEISON DE MORAIS OLIVEIRA

CPF: 976.496.862-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/08/2020

Titular do CPF: GLEISON DE MORAIS OLIVEIRA

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO