



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 14 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190076674**

**Vítima: LUZINETE PEREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 20/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LUZINETE PEREIRA DA SILVA**

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\$ 2.362,50

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: **LUZINETE PEREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003027**

Conta: **00000067180-8**

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, 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

Pag. 00605/00606 - carta\_15R - INVALIDEZ



00030303

## PROCURAÇÃO

Eu, Rozinete Pereira da Silva,  
brasileiro (a), casado, do lar, portador (a) do RG  
nº 229667, inscrito (a) no CPF sob o nº 727.474.712-68  
residente e domiciliado (a) na RUA PASTOR NILCANOR F. SANTOS, nº  
2590, Bairro SENADOR HELIO CAMPOS, Boa Vista-RR, CEP  
69.316-514, telefone nº (95) 9.9970-2473 / 9.9155-7191, por este  
instrumento particular de procuração, nomeia, o Advogado  
**WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro, solteiro, inscrito na  
OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à Avenida Sabá  
Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725, Boa Vista,  
Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para Através do  
presente instrumento particular de mandato, O **OUTORGANTE**  
nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**,  
concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel  
cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral,  
conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo Civil, e  
os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso,  
substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do  
pedido, receber intimações, receber e dar quitações, praticar  
todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e  
Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta,  
praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas,  
recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em  
conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, **com  
fim específico para propor ação judicial de cobrança de  
Seguro DPVAT em face da SEGURADORA LÍDER DOS  
CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 11 de fevereiro de 2018.

Rozinete Pereira da Silva  
**OUTORGANTE**

Yara  
i

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 229667

DATA DE EXPEDIÇÃO 27/03/2017

NOME LUZINETE PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO

JAIWE PEREIRA

ANA LEÃO PEREIRA

NATURALIDADE

VITORINO FREIRE - MA

DATA DE NASCIMENTO 26/11/1980

DOC. ORDEM CERTD CAS 317 FLS 159 LIV B-AUX-1

2 OF BOA VISTA - RR

CPF 727.474.712-68

2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI  
Partido Progressista  
Diretor do RGC

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

P 7

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polegar Direito

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

*Luizinete Pereira da Silva*




ÁREA DE SINISTROS - DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A

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

PREFEITURA BOA VISTA		FICHA DE ATENDIMENTO		Nº 1026		192	
UNIDADE:		EQUIPE: <i>Tobias, Bruna, Caio, Odileus</i>					
Paciente: <i>Luzinete Pereira da Silva</i>		Idade: <i>37</i>		Sexo: <i>FEM</i>			
Nacionalidade: <i>Brasileira</i>		Raça: <input checked="" type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input checked="" type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena-Etnia					
Endereço: <i>Av. Aldeia Verde S/N</i>		<i>Três Irmãos</i>		Bairro: <i>Aboroda</i>			
Nº: <i>13.493</i>		DATA: <i>20/07/18</i>		HORA J/9: <i>12:51</i>		BASE <input checked="" type="checkbox"/> VIA <input checked="" type="checkbox"/> RÁDIO <input checked="" type="checkbox"/>	
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: <i>Dr. Caio / Almon</i>		HORA J/10: <i>13:00</i>				CELULAR <input checked="" type="checkbox"/>	
MOTIVO DO ACIONAMENTO: <i>Carro x moto</i>							
ACIONAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> ATENDIDO NA BASE <input type="checkbox"/> OUTRO							
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> / 1 a 3 horas ( / ) / 4 a 24 horas ( / ) / Mais de 24 horas ( / ) / Não sabe ( / )							
AVALIAÇÃO NO LOCAL (na cena do acidente)	MECANISMO DE TRAUMA						
	AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL		VIOLÊNCIA		OUTROS
	<input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão AUTO x _____ <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro		<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado <input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO x <i>Carro</i> <input type="checkbox"/> Queda de moto <input checked="" type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta <input type="checkbox"/> Piloto		<input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio		<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal Outros: <i>Trauma</i>
	<input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> CICLOVIA <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA <input type="checkbox"/> FAIXA		<input checked="" type="checkbox"/> MOTOCICLETA / BICICLETA <input type="checkbox"/> Queda de moto <input checked="" type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta <input type="checkbox"/> Piloto		<input checked="" type="checkbox"/> Garupa		Outros:
AVALIAÇÃO INICIAL							
VIAS AERÉAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Edema de Glote <input type="checkbox"/> Outro		<input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradpnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal		<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade		<input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocaria <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Aparentemente Utilizado <input type="checkbox"/> GLASGOW	
SINAIS VITAIS E ESCORES							
Hora: <i>13:55</i>		F.R Mpm: <i>25</i>		Sat O <sub>2</sub> %: <i>98</i>		T. Axilar °C: <i>-</i>	
Início: <i>13:30</i>		Fim: <i>13:55</i>		Glicemia: <i>-</i>		Esc. visual "DOR": <i>-</i>	
APGAR: <i>10</i>		APGAR: <i>9</i>		APGAR: <i>9</i>		APGAR: <i>-</i>	
LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)	AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA						
	Pele		Cabeça		Face		PESCOÇO
	<input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. penetrante		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula		<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-cutâneo
	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Contusão pulmonar <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento		<input type="checkbox"/> Torax <input type="checkbox"/> Abdomine		<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Contusão pulmonar <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento
Pelve		Coluna Dorsal		MMSS		MMII	
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade <input type="checkbox"/> Crepitação		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Crepitação		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Crepitação		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Crepitação	
OCULAR		VERBAL		MOTORA		TOTAL	
<input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> A dor <input type="checkbox"/> Sem respbsta		<input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> 3 Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2 Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> 1 Sem resposta		<input type="checkbox"/> Obedece a comandos <input checked="" type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> 4 Movimento de retirada <input type="checkbox"/> 3 Flexão anormal <input type="checkbox"/> 2 Extensão anormal <input type="checkbox"/> 1 Sem resposta		TOTAL: <i>19</i>	
AVALIAÇÃO CARDIACA		AFEÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA			
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Filuter		<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto		<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecçiosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Outra		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso:	
GRAVIDADE PRESUMIDA		<input checked="" type="checkbox"/> ILESO <input checked="" type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> SEVERA		<input checked="" type="checkbox"/> ÓBITO EVIDENTE			
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)							
INCIDENTE		<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local - EVASÃO <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local:		<input checked="" type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros:		MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS	
RCP		<input type="checkbox"/> Iniciada as: <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs:		<input type="checkbox"/> Término as:		OBSERVAÇÕES	

EMPRESE COMO ORIGINAL  
 EM 31/08/18  
 Anulação

DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local	<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS	<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
	<input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR	<input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA	<input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI
	<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - HGR	<input type="checkbox"/> HMINSN	<input type="checkbox"/> Outros
CASO CLÍNICO	Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente atendido pelo SAMU, recebi as orientações sobre o meu caso, não sendo necessário, no momento, o meu encaminhamento à unidade hospitalar.		
	Assinatura do Paciente: _____	RG: _____	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

PERTENÇA DO PACIENTE	Descrição:	29 JAN 2019	
	Nome do Receptor:		
	Função do Receptor:		
	Assinatura do Receptor:	GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR	
TERMO DE RECUSA	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>atendimento pré-hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:		
	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>transporte para unidade hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:		
	Assinatura do Paciente: _____	RG: _____	
	TESTEMUNHA 01: _____	RG: _____	
	TESTEMUNHA 02: _____	RG: _____	

**GESTANTE**

IG pl/ semana: \_\_\_\_\_ Movimentos fetais: \_\_\_\_\_

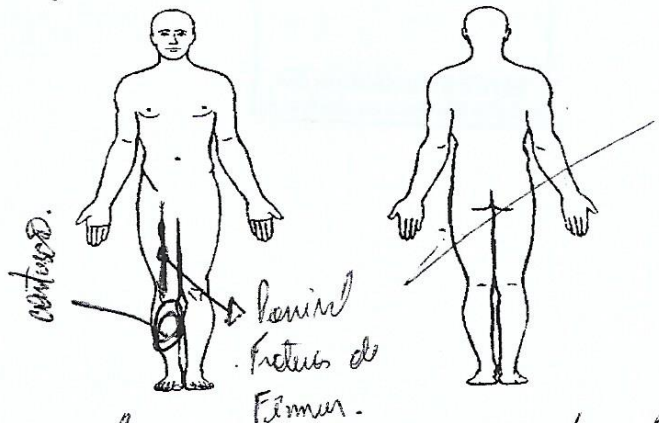
Perda de líquido: \_\_\_\_\_ BCF: \_\_\_\_\_

Com cartão  Sem cartão

**MATERIAL E MEDICAÇÃO**

luva, máscara, atadura f, compressa 03  
 Sono Ringer 500ml, 01 AMP. Dipirona  
 01 AMP. Tilatil 40mg, Espaladraps.  
 FELIC 20

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Olhos abertos previamente à estimulação	Espontânea	4
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ao Som	3
Abertura ocular após em estimulação da extremidade dos Dedos	A Pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	Não testável	NT
Resposta Verbal		Pontos
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	Palavras	3
Apenas gemidos	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não testável	NT
Resposta motora		Pontos
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo da cabeça ou pescoço	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	Não testável	NT



♀ 37 anos - colisão carro x moto - GARUVA. Enlutada em via pública DDH com lapacefe / bolsa nas costas / fazenda eleito Cunha Leite, apresentando lesão intensa em MMII. Tendo médico de plantão onde passou que se por esta com fratura fechada na articulação do membro superior foi identificado e creditado, contusão hematórica região da tibia. Realizado protocolo de Trauma 2 imobilizadores, informado ao MR. 192 que preferiu ser so com Ringer / 01 AMP. de Dipirona / 01 AMP. Tilatil 40mg e conduzir ao CT. HGR para avaliação e conduta médica com monitoração contínua e S/A no transporte.

ASSINATURA E CARIMBO  
 JOSÉ BRANCO MARINHO  
 TÉCNICO DE ENFERMAGEM DOCCORRISTA  
 COREN-RR 036545 / SAMU 192

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 04 JAN 2019  
 GENTE SEGURADORA S/A  
 Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

CONFERE COM O ORIGINAL  
 EM: \_\_\_\_\_

496085



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 041411/2018

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 18/10/2018 10:04      Data/Hora Fim: 18/10/2018 10:36  
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 18/10/2018  
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 20/07/2018 12:30

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Avenida Ataíde Teive

Bairro: Alvorada

Tipo do Local: Via Pública



Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095. Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: RAIMUNDO ALVES DA SILVA (COMUNICANTE)**

Nacionalidade: Brasileira      Naturalidade: MA - Lago da Pedra      Sexo: Masculino      Nasc: 20/03/1950  
Profissão: Agricultor      Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto  
Estado Civil: Casado(a)  
Nome da Mãe: Maria Alves da Silva

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 201.138.112-68

**Endereço**

Município: Amajari - RR  
Logradouro: Vila do Tepequem  
Telefone: (95) 99970-2473 (Celular)

**Nome Civil: LUZINETE PEREIRA DA SILVA (VÍTIMA)**

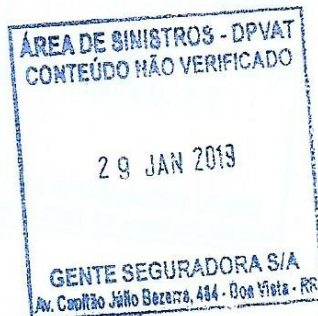
Nacionalidade: Brasileira      Naturalidade: MA - Vitorno Freire      Sexo: Feminino      Nasc: 26/11/1980  
Profissão: Agricultor      Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto  
Estado Civil: Casado(a)  
Nome da Mãe: Ana Leão Pereira

**Documento(s)**

RG - Carteira de Identidade: 229667  
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 774.474.712-68

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Vila do Tepequem



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 041411/2018

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

Nenhum Objeto Informado

**RELATO/HISTÓRICO**

O comunicante acima qualificado compareceu a esta especializada para informar que conduzia a MOTOCICLETA de sua propriedade Centro/Bairro, HONDA /CG 150FAN ESI, CHASSI 9C2KC1670CR443027, tendo como passageira sua esposa a Senhora LUZINETE, acima qualificada como vítima, quando um veículo de placa e condutor não identificados, invadiu a via que se trata de preferencial vindo o comunicante a colidir no referido veículo e em seguida vindo a cair. Informa ainda que em decorrência da queda sua esposa, a senhora LUZINETE sofreu fratura no FÊMUR do lado direito. Segundo o comunicante sua esposa foi conduzida ao HGR pelo SAMU para atendimento médico, e que a causador do acidente prestou socorro à vítima, informando ainda que este BOLETIM DE OCORRÊNCIA é somente para fins de SEGURO DPVAT. É o relato.

**ASSINATURAS**



Carlos Regis Cunha  
Responsável pelo Atendimento



Raimundo Alves da Silva  
(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 origin, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro \*

D. 13  
7 OUT 2018  
AGENTE LE...  
CONFERID.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
04 JAN 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
29 JAN 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

20/07/2018

...: Guia de Atendimento 02 ...:

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE**  
**AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO**



*Visto*

1800984185	20/07/2018 14:17:35	<b>FICHA DE ATENDIMENTO / TRAUMATOLOGIA</b>				DIURNO 07-19	24
Paciente <b>LUZINETE PEREIRA DA SILVA</b>		Data Nascimento <b>26/11/1980</b>		Idade <b>37 A 7 M 24 D</b>		CNS <b>708008898541929</b>	
Tipo Doc Documento <b>IDENTIDADE 229667</b>		Órgão Emissor Data Emissão <b>SSP-RR 25/02/2014</b>		Sexo <b>F</b>		CPF <b>72747471268</b>	
Mãe <b>ANA LEO PEREIRA</b>		Estado Civil <b>SOLTEIRO(APARDA</b>		Raça/Cor <b>BRASILEIRA</b>		Nacionalidade <b>BRASILEIRA</b>	
Endereço <b>AVENIDA - BRIGADEIRO EDUARDO GOMES - 3308 - AEROPORTO - BOA VISTA - RR</b>		Pai <b>JAIME PEREIRA</b>		Contato <b>(95) 99105-8310</b>		Ocupação <b>DO LAR</b>	
Class. de Risco		Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>		N° da Carteira		Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento <b>ACIDENTE DE MOTO</b>		Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>		Profissional do Atend.		Procedência	
Setor <b>GRANDE TRAUMA</b>		Tipo de Chegada <b>SAMU CAPITAL</b>		Procedimento Sol. <b>29 JAN 2019</b>		Temp.	
Queixa Principal <i>Acidente 04 JAN 2019</i>		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem		GENTE SEGURADORA S/A		GSC		TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 <b>15</b>	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA) <i>04 JAN 2019</i> <i>Pate vítima de acidente moto x carro, cuspido. Negro nariz, sangue no vômito. Negro sangue em do sbomul. cl dor e MID</i>							
Exame Físico <i>apenas, rosto, cabeça, cl MID indolizado e cl dor e edema de ant e post</i>							
Hipótese Diagnóstica <i>Fx de fratura? kbis?</i>							
SADT - Exames Complementares <input checked="" 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 <i>1 SF 0,9% 500ml ev.</i> <i>2 Ringer cl 1x</i> <i>3 Tramadol 100mg + SF 0,9% 100ml ev.</i>				APRAZAMENTO <i>15:08</i>		OBSERVAÇÃO	
Conduta <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 checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>ORTOPEDIA</i> Data e Hora da Saída/Alta:							
óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica							

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
 Validade Autorização  
 NÃO VERIFICADO  
 Registrado por:  
**MICHELE.CAVALCANTE**  
 GENTE SEGURADORA S/A  
 Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
 Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308 - AEROPORTO - BOA VISTA - RR  
 2121-0010  
 Rômulo Gr. Dantas  
 Téc. Enfermagem  
 COREN-RR 92304  
 2018  
 Certifico e Declaro a presente cópia e fiel reprodução original, que foi apresentado nesta Hospital.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: **michele.cavalcante**  
 Data Hora: 20/07/2018 14:18:27



© 2018  
 SOFTECH - Soluções em Tecnologia  
 021-91000-0000  
 Via: 4.204-0107.05

1800984185





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 20/07/18 O.S. \_\_\_\_\_

*Luiz Antonio Rabelo*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Px femur diafractura

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Tratamento cirúrgico

TIPO DE INTERVENÇÃO: \_\_\_\_\_

COMPLICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: Dr. Vitor Montenegro 1º AUXILIAR: Dr. Leonardo Rabelo R3.

2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_ ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

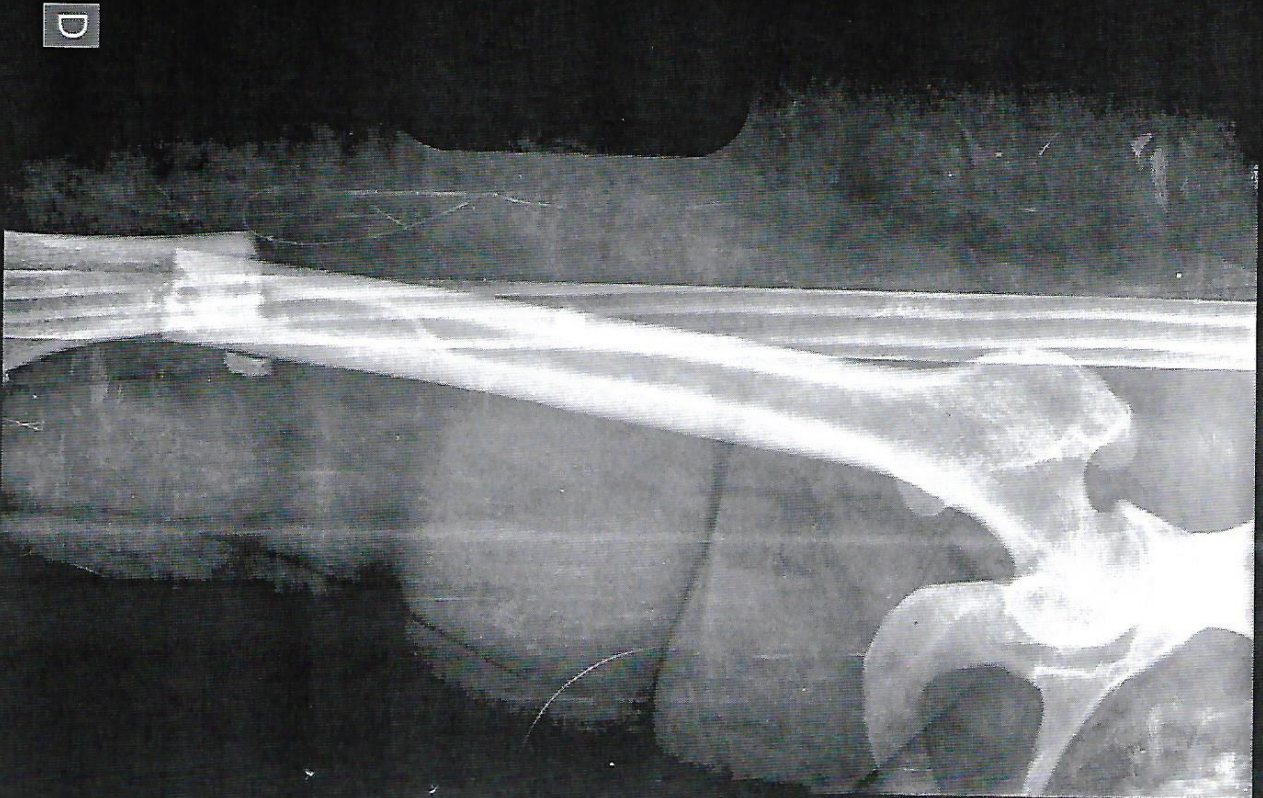
INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO CIRURGICO

- 1) Paciente em DDH sob plano anestésico
- 2) Antiespasmolítico
- 3) Anestesia local c/ sedação 2%. sem vaso constritor
- 4) Posicionamento do fio 4,0 transosteal
- 5) Colocação do fio
- 6) Curativos
- 7) RPA.

*Dr. Leonardo Rabelo*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1715

*Dr. Vitor Montenegro*  
Traumatologia  
CRM-RR 8838



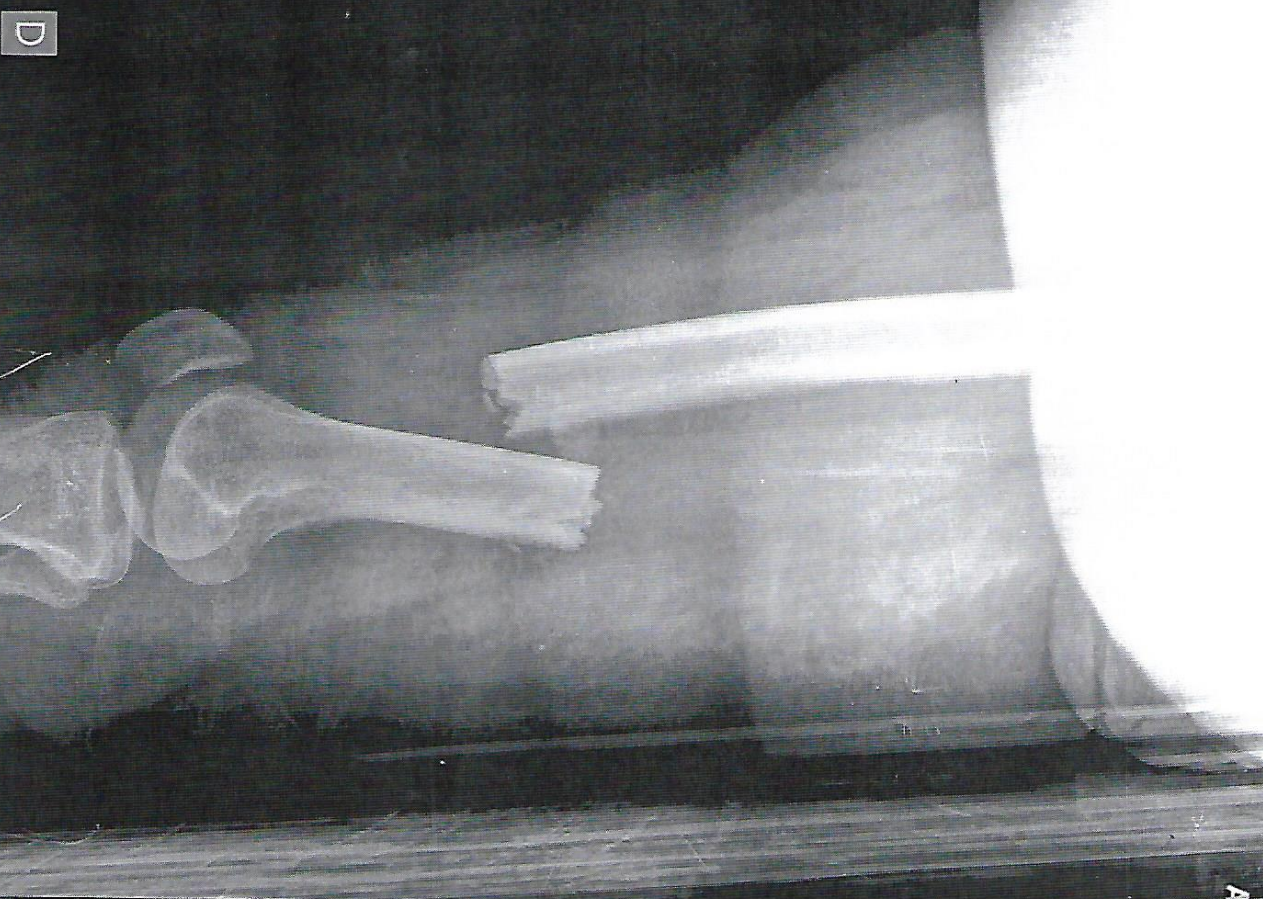
37,7 %

, LUZINETE PEREIRA DA SILVA

20/7/2018 14:54:57

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

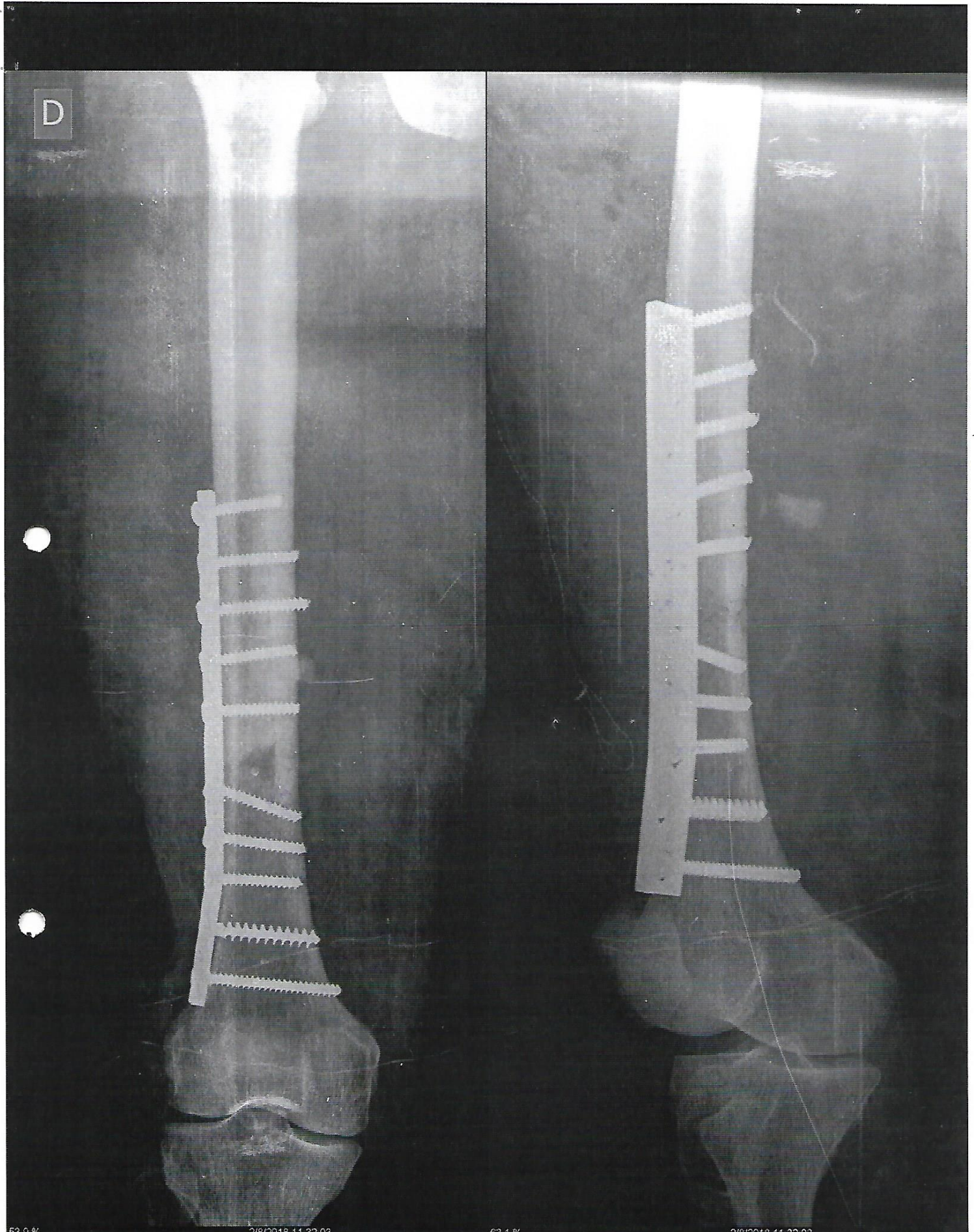
RENATA/ED. ERNELSON



40,8 %

20/7/2018 14:54:57

A



53,9 % 2/8/2018 11 32 03

63,1 %

2/8/2018 11 32 03

, LUZINETE PEREIRA DA SILVA

BLOCO/B L/204-2

**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**

TR. J.ANDRENS/ ED. ROSANGELA

14/12/2018

Via de Pagamento para o mes/ano: 12/2018 referente a UC: 995282



### ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

#### VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 1947932

**WALDIR LOPES DA SILVA**

R. PASTOR NICANOR F SANTOS, 2590 ,

SENADOR HELIO CAMPOS 69316514 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>995282</b>	MÊS <b>12/2018</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>09-NOV-18 a 10-DEC-18</b>
CONSUMO (kWh) <b>299</b>	VENCIMENTO <b>21-JAN-19</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 247,03</b>

#### OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



### ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO <b>995282</b>	MÊS <b>12/2018</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 247,03</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836200000021.470300750002.000000000992.528212180053



**DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS**

Eu hauzinete Pereira da Silva, brasileiro  
(a), casado do lar, portador (a) do RG nº  
229667, inscrito (a) no CPF sob o nº 727.474.712-68, residente e  
domiciliado (a) na RUA PASTOR NICANOR F. SANTOS nº 2590, Bairro  
SOMADOR HONORÁRIO, Boa Vista-RR, CEP 69.316-514, telefone  
nº (95) 9.9970.2473, DECLARA não ter condições de arcar com  
as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo  
de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art.  
99 §3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na  
acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 11 de fevereiro de 2018.

X hauzinete Pereira da Silva  
DECLARANTE

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
29 JAN 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

DETRAN

CONTRAN

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

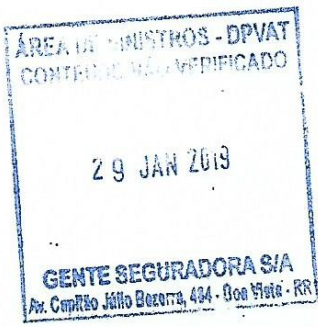
DETRAN - RR Nº **011550119162**

**CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO**

VIA	COD. RENAVAM	40791841751
01	00383435323	
NOME/ENDEREÇO		
RAIMUNDO ALVES DA SILVA RUA ARCO IRIS CASA RAIAR DO SOL Nro:1076 BOA VISTA-RR 49316004		
CPF/CNPJ	PLACA	
201.138.112-68	NAR1529	
NOME ANTERIOR		
JOSE MENDES DA SILVA		
PLACA ANT/UF	CHASSI	
	9C2KC1670CR443027	
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC.	ALCO/GASOL	
MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG 150 FAN ESI	2011	2012
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/0149CC/	PARTICU	VERMELHA
OBSERVAÇÕES		
SEM RESERVA DE DUBIARCA E SAIR AMAZ OCID * <i>Juiz Eduardo Silva de Castro</i> Diretor Presidente-Interino DETRAN-RR		
LOCAL	DATA	
BOA VISTA-RR	25/05/2016	

EXEMPLAR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
~~04~~ JAN 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR



### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Raimundo Alves da Silva, RG nº: 89755, data de expedição 25/04/2017, Órgão SSP/RR, portador do CPF nº: 901.139.112-68, com domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Pastor Gilcineu Fabrício, nº 2590, Bairro: San. Helio Campos, complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Luizete Pereira da Silva, cujo o condutor era Raimundo Alves da Silva.

Veículo: moto ciclote  
Modelo: Honda CG 150 FAN EST  
Ano: 2011/2012  
Placa: NAR 1529  
Chassi: 9C2KE 1670 CR443097

Data do Acidente: 20/07/2018  
Local e Data: Boa Vista, 23/08/2018



Raimundo Alves da Silva  
Assinatura Do Declarante

Raimundo Alves da Silva  
Assinatura Do Condutor ( Caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO  
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

**DANIEL AQUINO**  
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador  
Av. Ataide Teive, 4007 - Asa Branca - Boa Vista - RR  
Fone: (95) 3627-4196  
2oficioboavista@cartorioaquino.com.br  
42.295  
**Talita Oliveira de Aquino**  
Escriturante Autorizada  
Reconhecimento por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
2 RAIMUNDO ALVES DA SILVA  
Em testemunho da verdade. BPO  
Do que dou 74. Boa Vista/RR, 23 de agosto de 2018.  
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: [cidadao.portalsejor.com.br](http://cidadao.portalsejor.com.br)  
RECIFIR158295WIV400JHYP9DRV57 / RECIFIR158295V334ROV2ZC9N76 /  
Emolumentos: R\$ 4,78 Fundos: ISS: R\$ 1,20 Total: R\$ 5,98