

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180406101 **Cidade:** Cantá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE 2º E 3º METATARSOS ESQUERDOS
TCE + TRM?

Descrição do exame físico: APRESENTA DOR À PALPAÇÃO EM ANTEPÉ ESQUERDO QUE SE IRRADIA PARA A PLANTA DO PÉ, DEFORMIDADE EM PÉ COM FORMAÇÃO DE ESPÍCULA ÓSSEA EM TERÇO DISTAL, DIFICULDADE PARA FAZER AGACHAMENTO E FICAR EM PONTAS E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE PLANTIFLEXÃO DO ANTEPÉ ESQUERDO E FLEXOEXTENSÃO DE 2º E 3º ARTELHOS ESQUERDOS COM COMPROMETIMENTO DA MARCHA.
NÃO FORAM IDENTIFICADAS ALTERAÇÕES DAS FUNÇÕES NEUROLÓGICAS DECORRENTES DO TRAUMA.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DE 2º E 3º METATARSOS ESQUERDOS TCE + TRM?, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO MEDICAMENTOSO E IMOBILIZAÇÃO POR GESSO CIRCULAR.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/03/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO PÉ ESQUERDO EM GRAU MODERADO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180406101 **Cidade:** Cantá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO RÁQUI-MEDULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **PENDENCIAS DA ÁREA TÉCNICA, CONFORME ACORDADO.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **RONALDO DA SILVA LIMA**

Nº Sinistro: **3180406101**
Vítima: **RONALDO DA SILVA LIMA**
Data do Acidente: **03/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **DENILZE CORREA DANTAS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180406101**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180406101

Vítima: RONALDO DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 03/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RONALDO DA SILVA LIMA

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180406101

Vítima: RONALDO DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 03/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180406101

Vítima: RONALDO DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 03/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RONALDO DA SILVA LIMA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180406101 **Vítima: RONALDO DA SILVA LIMA**

Data do Acidente: 03/12/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RONALDO DA SILVA LIMA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

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

Recebedor: RONALDO DA SILVA LIMA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 00000522-3

Conta: 00000523389-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 3221204 ou 0800 321204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, bem ressalvadas, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

817.376.532-49

Nome completo da vítima

Ronaldo da Silva Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Ronaldo da Silva Lima

817.376.532-49

Autônomo

Rua Balau

NR 903

Casa

Das Palmeiras

Cartório

RL

89.390.000

Liderboavista rendenice@lidermif.com

1731931175392

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

REUSSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BRadesco (237) Banco do Brasil (001) Itaú (341)

BANCO

None

N/A

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

Informar digital se existir

Informar digital se existir

Informar digital se existir

SABEMI SEGURADORA SIA

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta, após 03^º SET 2018, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

RECEBIDO

Ronaldo da Silva Lima

Lícial e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITOPROTOCOLO:
17092435B01STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL MATRÍCULA: C. NICOLETTI/2218366	DATA/HORA: 03/12/2017 00:30
---	--------------------------------

Na Rodovia

MUNICÍPIO/R:

CANTO/RR

BP:

432

SABEMI SEGURADORA S/A TOW

201.0

SENTO:

Decrescente

DESCRITIVO DO LOCAL:

03-SET-2018

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:	CONDICAO METEOROLOGICA:
--------------	-------------------------

Plena Noite

Céu Claro

TIPO DE VIA:

TIPO DE PISTA:

Principal

Simples

CONDICAO DE PISTA:

Saca

TIPO DE PAVIMENTO:

Asfalto

ESTRUTURA VIARIA:

Reta

LOCALIDADE URBANIZADA:

Não

EXISTENCIA DE AGRESTAMENTO:

Não

EXISTENCIA DE CANTERO CENTRAL:

Não

IMAGEM PANORAMICA - SENTIDO CRESCENTE



IMAGEM PANORAMICA - SENTIDO DECRESCENTE



IMAGEM DO LOCAL



IMAGEM DESCRIPTIVA DO LOCAL



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF C. NICOLETTI, MATRÍCULA 2218366

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/12/2017 13:33

NÚMERO DE CONTROLE: 5CC86D871E8F3351495F74D4CF2E4B

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 1 de 18



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092435B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: NAT5917	MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 BROS ES	ANO FABRICAÇÃO: 2008
SITUAÇÃO: Tracionador	TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta		
CHASSI: 9C2KD03308R060782	RENAVAM: 00975905556	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Segundo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			

NOME DO PROPRIETÁRIO: ANTONIO FERREIRA DA SILVA	EPF/CNPJ: 859.741.102-34
--	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA JUNDIA CASA SANTA TEREZA	NU.º LOTE: 688
COMPLEMENTO:	BAIRRO:

MUNICÍPIO: BOA VISTA/RR
TELEFONE:

EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Encaminhamento

MOTIVO: Ausência de responsável	TÍPO DE RECEPTOR: Outro
------------------------------------	----------------------------

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:
Veículo encaminhado pelo proprietário ao Sr. Edvaldo Rodrigues de Melo, contato 99120-1286.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092435B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V3	PLACA: NAL2338	MARCA/VEÍCULO: HONDA/XR 200R	ANO/FABRICAÇÃO: 2001
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta	
CHASSIS: 9C2MD28001R021752	RENAVAN: 00786628996	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANEIRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Segundo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
NOME DO PROPRIETÁRIO: FRANCISCO DAS CHAGAS S SOUSA		CPF/CNPJ: 831.665.802-04	

Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA TAMBAQUI CASA SANTA	NUMERO: 1133
COMPLEMENTO: TEREZA II	BAIRRO:
MUNICÍPIO: BOA VISTA/RR	
TELEFONE	EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Encaminhamento

MOTIVO: Outros	TIPO DE RECEPTOR: Outro
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Veículo recolhido ao pátio contratado da PRF Lock Park conforme eDRV 35001712030100148.	



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092435B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL PLACA MARCA MODELO	V2 / NAP5788 / HONDA/NXR150 BROS ESD	ENVOLVIMENTO:
NAME:	PAULO VITAL COSTA	Condutor
Nº DE IDENTIFICAÇÃO	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
	675.158.352-49	22/06/1978
ESTADO CIVIL:	ORGÃO EXPEDIDOR:	SEXO:
Não Informado		Masculino
NOME DA MAE:	MARIA APARECIDA VITAL COSTA	

Dados de Endereço

LOGRADOURO	NRÚMERO
RUA JOÃO BARBOSA	78
COMPLEMENTO:	BARRA:
	MECEJANA
MUNICÍPIO:	
BOA VISTA/RR	
TELEFONE:	EMAIL:
95-991147474	

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:	FEZ UMA CINTO DE SEGURANÇA:
Lesões Leves	NÃO APLICÁVEL
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:
Sim	NÃO APLICÁVEL
TESTE DO ETILOMETRO FOI POSSÍVEL:	RESULTADO DO TESTE:
Não	RECIBOU-SER A REALIZAÇÃO TESTE?

DESCRÍÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:

Removido ao hospital.

SÍNTESES SINAIS DE EMERGÊNCIA:	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:
Não	Não

Encaminhamento

MOTIVO:	TIPO DE RECEPTOR:
Socorro médico	SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:

Socorrista Maicon.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092435B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/OCÉLO: V2 / NAP5788 / HONDA/NXR150 BROS ESD	ENVOLVIDO:
	Passageiro
NOME: Maria Deusentina da Silva	CPF:
INFO IDENTIFICAÇÃO: 00000000	ORGÃO EXPEDIDOR: Sem informação.
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
COMPLEMENTO:	Bairro:
MUNICÍPIO:	

TELEFONE:	EMAIL:
-----------	--------

Circunstâncias

ESTADO CÍSTICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL
USAVA CAPACETE: Sim	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL

Encaminhamento

MOTIVO: Socorro médico	TÍPO DE RECEPTOR: Corpo de bombeiros
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO: Socorrista St BM Dalana.	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:	



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092435B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/Modelo:	ENVOLVIMENTO:	
NOME: PEDRO DE ALMEIDA	CPF: 241.913.102-91	Pedestre DATA DE NASCIMENTO: 28/06/1963
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MAE: MARIA ZILDA DE ALMEIDA	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO: Rua travessa Rio Mucajai	NUMERO: 79	
COMPLEMENTO:	BAIRRO: Bela Vista	
MUNICIPIO/UF: BOA VISTA/RR		
TELEFONE:	EMAIL:	

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Graves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Não	
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAÇÃO DO TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: Removido ao Hospital.		

VIS VEIS SINAIS DE ENERGIA/QUE:	USAVAS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICODATIVAS:
Não	Não

Encaminhamento

MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: SAMU
----------------------------------	----------------------------------

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:

Socorrista Malcon.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

Pedestre estava circulando possivelmente com uma bicicleta.

IMAGEM ADICIONAL:





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTÓCOLO:
17092435B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUÊNCIA/PLACA/MARCA/MODELO:	NÚMERO DO BAI:		
V1 / NAT5917 / HONDA/NXR150 BROS ES	17092435B01		
NOME/MATRÍCULA DO AGENTE	DATA/HORA:		
C. NICOLETTI/2218366	03/12/2017 00:30		
Item danificado no acidente			
Item	Descrição do Item	SIM	NÃO
1	Garfo dianteiro	X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira	X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira	X	
4	Coluna de direção	X	
5	Chassi	X	
6	Garfo traseiro	X	
7	Eixo traseiro (triciclos)	X	
TOTAL GERAL (SIM + NÃO)	DIMENSÃO DA MONTA		
0	Pequena		



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTÓCOLO:
17092435B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / NAP5788 / HONDA/NXR150 BROS ESD

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE

C. NICOLETTI/2218366

NÚMERO DO SA:

17092435B01

DATA/HORA:

03/12/2017 00:30

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

TOTAL GERAL (SIM + NÃO):

3

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092435B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUÊNCIA PLACA/MARCA/MODELO:

V3 / NAL2338 / HONDA/XR 200R

NÚMERO MÍTICA DO AGENTE:

C. NICOLETTI/2218386

NUMERO DC BAT:

17092435B01

DATA/HORA:

03/12/2017 00:30

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	
TOTAL GERAL (SIM + NÃO)	0	DIMENSÃO DA MONTA:		
		Pequena		



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTÓCOLO:
17092435B01

STATUS:
Encerrado

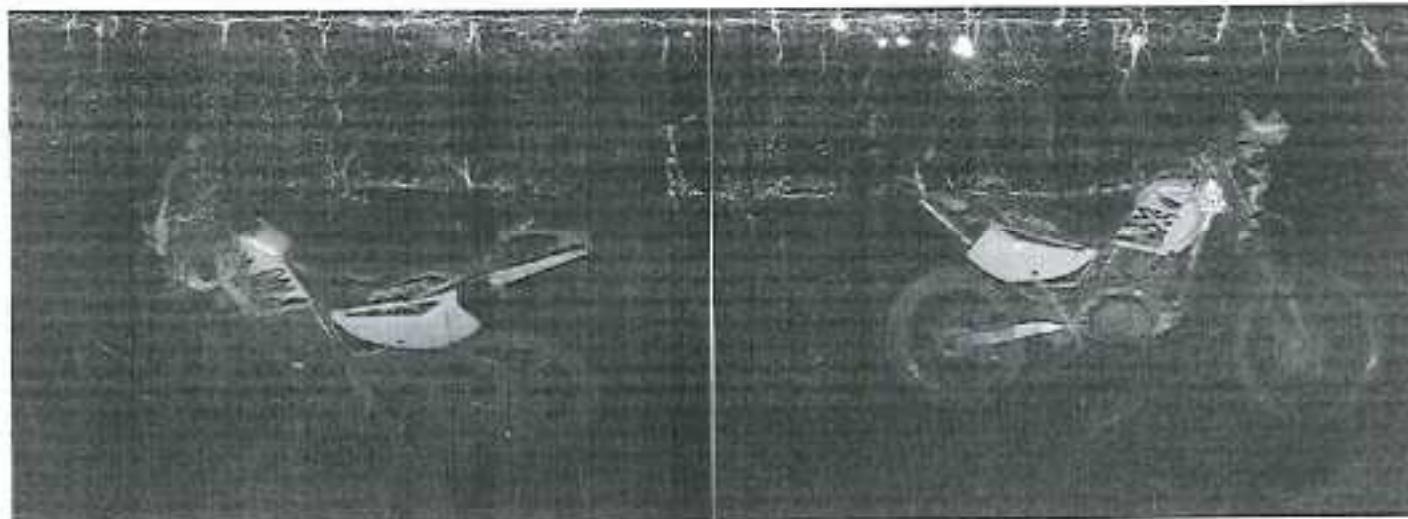
IMAGEM DA FRENTE (V3)

IMAGEM DA TRASEIRA (V3)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V3)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V3)





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTÓCOLO:
17092435B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V2)

IMAGEM DA TRASEIRA (V2)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092435B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FREnte (V1)



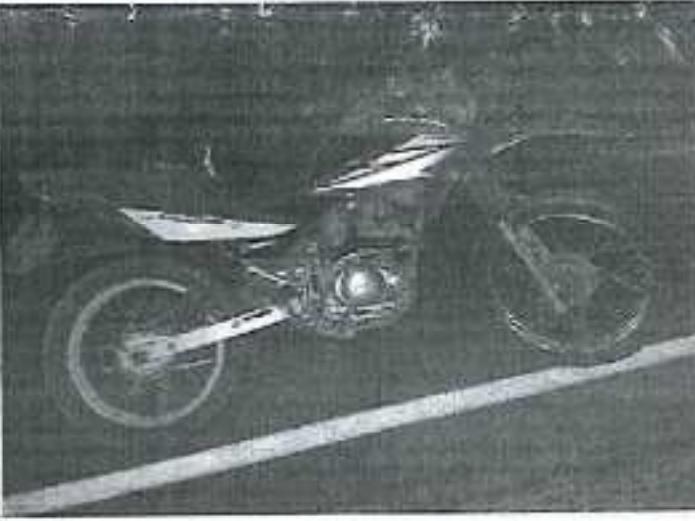
IMAGEM DA TRASEIRA (V1)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITOPROTOCOLO:
17092435B01STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO	ENVOLVIMENTO
V3 / NAL2338 / HONDA/XR 200R	Passageiro
NOME:	DATA DE NASCIMENTO:
Erika Almeida Gomes	06/12/2017
N° DE IDENTIFICAÇÃO:	SEXO:
000000	Feminino
ESTADO CIVIL:	MÓVEI DA MÃE
	Betiza de Sousa Almeida

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
COMPLEMENTO	BARRIO:
MUNICIPIO/UF:	

TELEFONE:	EMAIL:
-----------	--------

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:
Lesões Leves	NÃO APLICÁVEL
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:
Sim	NÃO APLICÁVEL

Encaminhamento

MOTIVO:	TIPO DE RECEPTOR:
Socorro médico	SAMU
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCaminhamento:	
Socorrista Maicon.	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:	



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092435B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL PLACAR/ARQ/DO/CDL:	V3 / NAL2338 / HONDA/XR 200R	ENOLVIMENTO:	Condutor
NOME:	RONALDO DA SILVA LIMA	CPF:	517.376.532-49
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:		ÓRGÃO EXPEDITOR:	17/08/1985
ESTADO CIVIL:	Não informado	SEXO:	Masculino
NOME DA MÃE:	NADIR DA SILVA LIMA		

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	MARIA RODRIGUES DOS SANTOS	NÚMERO:	265
COMPLEMENTO:		BAIRRO:	ASA BRANCA
MUNICÍPIO/UF:	BOA VISTA/RR		
TELEFONE:		EMAIL:	

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:	USAVA CINTO DE SEGURANÇA
Lesões Leves:	NÃO APLICÁVEL
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS
Sim	NÃO APLICÁVEL
TESTE DO ETILOMETRO FOI POSSÍVEL:	RESULTADO DO TESTE:

Sim
Não
DESCRÍPCAO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:
Removido ao hospital.

VISÍVEIS SINAIS DE ENERGIA QUÍMICA:	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOTÍTIVAS:
Não	Não

Encaminhamento

MOTIVO:	TIPO DE RECEPTOR:
Socorro médico	SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:

Socorrista Samu Malcon.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092435B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092435B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUÊNCIA DE PLACA MARCA/ODELO: V1 / NAT5917 / HONDA/NXR150 BROS ES		ENVOLVIMENTO: Condutor/ PROPRIETÁRIO
NOME: ANTONIO FERREIRA DA SILVA	CPF: 859 741.102-34	DATA DE NASCIMENTO: 16/07/1983
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Não Informado	NOME DA MÃE: MARIA FERREIRA DA SILVA	

Dados de Endereço

CEP/ADRESSE: AV SAO SEBASTIAO	NUMERO: 1532
COMPLEMENTO: CASA	BAIRRO: TANCREDO NEVES
MUNICÍPIO/LPF: BOA VISTA/RR	
TELEFONE: 95-99486819	EMAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	TABE DA HABILITAÇÃO: AD	CATEGORIA:
MOTORISTA PROFISSIONAL:	NÚMERO REGISTRO:	UF:
Não	04340117544	RR
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 16/04/2008	VALIDADE DA CNH: 05/04/2018	

OBSERVAÇÕES DA CNH:
99

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL
USAVA CAPACETE: Sim	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL
TESTE DO ETIOMÉTRICO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE: RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: Condutor lesionado e conduzido ao hospital.	

VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não
---------------------------------------	--

Encaminhamento

MORTE: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: Corpo de bombeiros
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO: Responsável St BM Daiane,	



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTÓCOLO:
17092435B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V2	PLACA: NAP5788	MARCA/ODELO: HONDA/NXR150 BROS ESD	ANO FABRICACAO: 2006
ATUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta	
CHASSI: 9C2KD03107R001457	RENAVAM: 00890867763	PAÍS: BRASIL	
Especie: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MOTORISTA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			

NOOME DO PROPRIETÁRIO: ZILMARA DE OLIVEIRA CHAVES	CPF/CNPJ: 619.843.882-15
--	-----------------------------

Dados de Endereço	
LOGRADOURO: RUA VER ALBERTO BARBOSA CASA	NÚMERO: 727
COMPLEMENTO: SAO JORGE	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: CARACARAÍ/RR	
TELEFONE	EMAIL:

Dados da Carga	
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:	
Encaminhamento	
MOTIVO: Outros	TIPO DE RECEPTOR: Outro

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:
 Veículo recolhido ao pátio contratado da PRF Lock Park, conforme eDRV 35001712030101198.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17092435B01

STATUS:
Encerrado

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	

Croqui



LOCAL DESFEITO

V1

SEM ACOSTAMENTO

V2 V3

V4 V5



CANTO

BOA VISTA

Narrativa

Equipe de serviço acionada para atendimento de acidente na BR 432, Km 201, sentido decrescente por volta das 0030 horas do dia 3 de dezembro de 2017. Ao chegar no local do acidente uma guarnição da Polícia Militar estava fazendo o balizamento do trânsito. Equipes do Samu e Resgate dos Bombeiros fizeram os atendimentos e condução das vítimas para o HGR. Segundo informações colhidas pelos condutores e vestígios no local presume-se que o ciclista Pedro Almeida foi atropelado por algum veículo não identificado que fugiu do local e que as motocicletas ao tentar desviar do ciclista vieram a sair de pista.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221205 (para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL (caso a vítima seja menor de idade). O Representante Legal é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante Legal deve assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também pelo Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Assinatura da vítima: *Ronaldo da Silva Lima* | CPF da Vítima: *817.310.532-49* | Data do Acidente: *05/12/2017*

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome do Representante Legal:

SABEMI SEGURADORA S/A

CPF do Representante Legal:

03 SET 2018

Telefone (DDD):

Eu, seu(s) parente(s) de fato, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o fim de recuperação do meu seguro DPVAT (Suzi nº 6.164/74), uma vez que:

Assinale uma das opções abaixo:

RECEBIDO

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do seguro.

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 15 dias úteis.

O estabelecimento de permitir o exame do meu pedido de identificação do Seguro DPVAT, para o efeito, na medida permanente e gratuita, por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação para a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica realizada pela Seguradora LIDER DPVAT para a correta avaliação da existência e extensão do grau da lesão, ou lesões, para o fim do §1º do art. 3º da Lei nº 9.512/97.

Entendo ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação, e permaneço à disposição para contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Ronaldo da Silva Lima de 21 de Agosto de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONALDO DA SILVA LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00522-3

CONTA: 00000523389-5

Nr. Autenticação

BRADESCO15042019050000000002370052200000523389337500 PAGO

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

HG
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

1700875167		03/12/2017 03:52:45	FICHA DE ATENDIMENTO - TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 18- 1°		
Paciente					Data Nascimento	Idade	CHS		
RONALDO DA SILVA LIMA					17/06/1985	32 A 3 M 17 D	700408996513742	CPF 07	Prontuário
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade		
IDENTIDADE	243115	SSPRR		M	NAO	PARDA	BOA VISTA - RR		
Nº					INFORMADO		Nacionalidade		
NADIR DA SILVA LIMA					NC		BRASILEIRA		
Enderóco							Contato		
RUA - BABASSU - 000 - CENTRO - CANTA - RR							(95) 99110-4942		
							Ocupação		
							MICROEMPRESÁRIO		
Class. do Risco	Plano Convênio		Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sig. Prontuário			
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE								
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento		Profissional de Atend.	Procedência	Temp.	Peso			
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA								
Setor	Tipo de Chegada								
PRONTO ATENDIMENTO	SAMU CAPITAL								
Quaisix Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomatismo Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					Registrado por: LUCAS.DANIEL			
Anamnese de Enfermagem						GSC	TOTAL		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)						AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
<p><i>Acidente de moto. Desorientado. Relata, dijô, que havia plegria bilateral</i></p> <p><i>ABD: flácido, QHAT+, dependente, doloroso, sem peritonite.</i></p> <p><i>Hipótese Diagnóstica</i></p> <p><i>TCE + Fratura vertebral (lesões medulares? /TRM?)</i></p> <p><i>SADT - Exames Complementares</i></p> <p><input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input checked="" type="checkbox"/> LTC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URNA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:</p> <p><i>Prescrição</i></p> <p><i>① SFG 9% 1000ml (r) rápido (nugum) -</i></p> <p><i>② Dipivava 1g (r) b/4h (nugum)</i></p> <p><i>③ Passar SVD (nugum)</i></p> <p><i>Condução:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revisão <input type="checkbox"/> Transferência para: <p><i>Óbito:</i></p> <p><i>Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</i></p> <p><i>Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IMI Anatomia Patológica</i></p>							<i>APRAZAMENTO</i>	<i>OBSERVAÇÃO</i>	
<p><i>Paciente refere melhora clínica. Apresenta mobilidade e consciência de movimentos totais e leves.</i></p> <p><i>Assinatura do Paciente ou Responsável</i></p> <p><i>Carimbo e Assinatura do Médico</i></p> <p><i>Impresso por: Lucas.daniel</i></p> <p><i>Data Hora: 03/12/2017 03:53:43</i></p> <p><i>03 SET 2018</i></p> <p><i>SABEMI SEGURADORA S/A</i></p> <p><i>Dr. LUCAS DANTAS</i></p> <p><i>MÉDICO</i></p> <p><i>CRM/RR 1723</i></p>									

SABEMI SEGURADORA SIA

03 SET 2018

RECEBIDO



Eletrobras
Distribuição Acreima

Many experiments have
been carried out on
the subject.

9540117-7

DEZENBRO/2017 28/01/2018 82 77.57

MARIA APARECIDA V. AL. COSTA
BRASIL 305 34 PALHINHAS
99993434557265
598-000 CANTO

ROT: 210.032.26.05.107000

DADOS DA ENTIDADE		DATA DA ULTIMA ATUALIZAÇÃO
Ação	6327	27/12/2017
Tipo	1.000	27/12/2017
Possui CNPJ no Cadastro de Pessoa Física	62	27/12/2017
Consumo Médio:	62	FCAM
Consumo Crítico:	NORMAL	27/12/2017

THE COUNCIL OF THE CONFEDERATION OF THE UNITED STATES OF AMERICA

PERÍODO	CONSELHO	VALOR	VALOR (%)
OUT/16	MESMO	17,10	0,55%
SET/17	CORREÇÃO INFLACIONÁRIA JCPPI (BB)	39	7,10
AGO/17	TULTA POR ATRASO (7%)	36	6,00
JUL/17	JUROS DE MORA DE IMPÓUTOS / SER	92	15,56
JUN/17		109	
MAI/17		184	
ABR/17		316	
MAR/17		195	
FEV/17		85	
JAN/17		13,17%	

11/20/2017 125,41 [View Details](#)

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEROS EM SUA FATURA (LBV) PODE SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. / 2006 Censo Agropecuário 2017. RECEBA BEM O RECENSEADOR DURANTE ENTREVISTA! LIGUE 66997019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 16 11 10 21 26

8419 1820 1876 2571 3007 3010 3020

样书用途DOI:10.3998/...

	14,86	46,47	
Brasília:	8,88	Bomby Circle:	7,83
Curitiba:	8,33	Albion Circle:	8,19
Treviso:	8,88	Vista da Igreja:	8,92
Chicago:		Wanda P.B.	
Brasília:		Vista do Poder:	

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

10/2017 8:53

REF ID: A30-031-5A 05 200708

 Eletrobras
Distribuição Ribeirão

SER COO DO 10 ALA PAGES - R
 8549117-7 77,57
 MÉRITOS
 12/2017 20/01/2018
 Até dia 20/01/2018 0000151795 FCAU

336600000000 7 77570075003 0 00000000549 6 11771217003 5

**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: 1158791

HECTOR JOSE LOBA TON PADRON
AV GEN ATAIDE TEIVE, 2732 ,
LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 196991	MÊS 07/2018	PERÍODO DE CONSUMO 25-JUN-18 a 25-JUL-18
CONSUMO (kWh) 100	VENCIMENTO 11-AUG-18	TOTAL A PAGAR R\$ 81,64

OBSERVAÇÕES

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

SABEMI SEGURADORA S/A 03 SET 2018	autenticação mecânica:
--	------------------------

recorte aqui	RECEBIDO	ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA
Eletrobras Distribuição Roraima	AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA	CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223
CÓDIGO ÚNICO 196991	MÊS 07/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 81,64

836100000006.816400750005.000000000190.699107180050





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: 2259695

MARIA APARECIDA VITAL COSTA

R. BABACU, 903 ,
DAS PALMEIRAS

69390000 CANTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 5491177	MÊS 01/2019	PERÍODO DE CONSUMO 27-DEC-18 a 29-JAN-19
CONSUMO (kWh) 30	VENCIMENTO 11-FEB-19	TOTAL A PAGAR R\$ 23,90

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 5491177	MÊS 01/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 23,90
---------------------------------------	------------------------------	--

836100000006.23900075004.00000005496.117701190052





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 221204
ou entre em contato com pessoas com deficiência auditiva.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular Circular Susep 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 constar, entre os documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da documentação comprobatória.

É possível 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 COAP².

¹ Agência Nacional de Seguros Privados - Susep, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reunião.

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.

Foto exposto, eu, Denilze Loria Pantas, inscrito (a) no CPF 792.657.152-100,
na qualidade de Procurador (a) / Intermédio (a) do Beneficiário Ronaldo da Silva Limo, inscrito
no CPF sob o N017.346.532-49, do sinistro de DPVAT cobertura Inválida 3, da Vítima
Ronaldo da Silva Limo, inscrito (a) no CPF sob o N817.346.532-49, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Decido 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.

<u>Ale. General Staide Teivel</u> <u>Liberdade</u> <u>Jardim Boavista</u> <u>lidianice.pontesnica@hotmail.com</u>	<u>Cidade</u> <u>Boa Vista</u> <u>Local e Data</u> <u>Boa Vista, 22 de Agosto de 2018</u>	<u>Número</u> <u>2732</u> <u>Estado</u> <u>RN</u> <u>Telefone comercial (DDI)</u> <u>(84) 30117-539-2</u>	<u>Condutor</u> <u>A</u> <u>CPF</u> <u>69.309.000</u> <u>Telefone celular (DDI)</u> <u>(95) 99117-5392</u>
--	--	--	---

SABEMI SEGURADORA S/A

03 SET 2018

RECEBIDO

Boa Vista, 22 de Agosto de 2018
Assinatura do Declarante
Denilze Loria Pantas

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

Vale
HG
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

1700875167		03/12/2017 03:52:45	FICHA DE ATENDIMENTO - TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 18- 1°		
Paciente					Data Nascimento	Idade	CHS		
RONALDO DA SILVA LIMA					17/06/1985	32 A 3 M 17 D	700408996513742	CPF 07	Prontuário
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade		
IDENTIDADE	243115	SSPRR		M	NAO	PARDA	BOA VISTA - RR		
Nº					INFORMADO		Nacionalidade		
NADIR DA SILVA LIMA					NC		BRASILEIRA		
Enderóco							Contato		
RUA - BABASSU - 000 - CENTRO - CANTA - RR							(95) 99110-4942		
							Ocupação		
							MICROEMPRESÁRIO		
Class. do Risco	Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sig. Prontuário		
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE								
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento		Profissional de Atend.		Procedência	Tomp.	Peso		
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA								
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.						
PRONTO ATENDIMENTO	SAMU CAPITAL								
Queixa Principal	<input checked="" type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomatismo Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue								
Anamnese de Enfermagem	GSC AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL								
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)	<i>Acidente de moto. Desorientado. Relata, dij., quando plegia bilateral</i>								
Exame Físico	<i>ABD: flácido, QHAT+, depresivo, doloroso, sem peritonite.</i> <i>Hipótese Diagnóstica</i>								
<i>TCE + Fratura vertebral (lesões medulares? /TRM?)</i> SADT - Exames Complementares									
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input checked="" type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URNA <input type="checkbox"/> OUTROS:		PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
<i>① SFG 9% 1000ml (r) rápido (nugum)</i> <i>② Dipivava 1g (r) b/4h (nugum)</i> <i>③ Passar SVD (nugum)</i>		<i>08:00h</i> <i>08:00h</i> <i>08:00h</i>		<i>08:00h</i> <i>08:00h</i> <i>08:00h</i>		  <i>22 FEB 2018</i>			
<i>Paciente refere melhora clínica. Apresenta mobilidade e consciência de movimentos totais e leves.</i> Conduta: <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revisão <input type="checkbox"/> Transferência para:									
<i>Obs.: ① Limpeza + unhas</i> <i>② Alta c/ revisão</i>									
Óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> M.L. Anatomia Patológica									

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: lucas.daniel
Data/Hora: 03/12/2017 03:52:43

SABEMI SEGURADORA S/A

03 SET 2018





03 SET 2018

RECEBIDO	
QUALIFICAÇÃO CIVIL	
RONALDO DA SILVA LIMA	PR 1
BOA VISTA	NR 1
1. A. S. NOME NADIR DA SILVA LIMA	
DOC. MPR/SENAF	RG 2493115 BEESP RR
ESTADO CIV.	SOLTEIRO
UNIVERSIDADE	CNI 817.376.532-49
CPF/CNPJ	CF 03
RG 2493115	IE 03348702690
1. NITRO	UF RJ
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCACAO TECNICO INDUSTRIAL	DATA 01/06/2004
COLONIA	PROFISSAO
ASSINATURA DO TITULAR	
ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE	
NOME	
DATA DE NASC. DE DOCUMENTO	
NOME	
DOCUMENTO	
NOME	
DOCUMENTO	
LEGENDA	
A- CADASTRO E- DIVÓRCIO I- REGISTRO DE MATRIMÔNIO G- DATA DE NASC. DO	
B- SEPARAÇÃO F- ADOCÃO H- MÉDICO VOLUNTÁRIO	

SABEMI SEGURADORA S/A

03 SET 2018

RECEBIDO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIÊNCIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: DENILEE CORREA DANTAS

DOC. IDENTIDADE/ÓRG. EMBORRACHADO: 3142655 SSP RR

CPF: 792.657.152-00 DATA NASCIMENTO: 08/03/1979

MARCAÇÃO: JOSE DE SOUZA CORREA
EVANGELINA LOBATO DA SILVA

PERMISSÃO: ACC CAT. N. 3

Nº REGISTRO: 04953412311 VALIDEZ: 20/08/2018 PRIBILITACAO: 31/05/2010

VALIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

905314502

OBRAZO PLASTIFICADO:

905314502

DESCRIÇÕES:

Denilee Correa Dantas
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 25/08/2014

Denilee Correa Dantas
Assinatura do Portador

55564646026
20207683212

DETTRAN-RR (RORAIMA)

de Roraima - DETRAN

VALIDO PARA PAGAMENTO ATÉ: 30/11/2018

PRINCIPAL:

0

PROPRIETÁRIO: FRANCISCO DAS CHAGAS S SOUSA

MULTA:

0

VENCIMENTO: 31/10/2013

JUROS DE MORA:

0

MARCA/MODELO: HONDA/XR 200R

VALOR PAGO:

0

CPF/CNPJ: 831.665.802-04

VALOR PAGO:

0

SERVIÇOS SOLICITADOS:
Renovação Anual

QUANTIDADE:

VALOR
96,75

VALOR TOTAL:

96

900003 967801772013 811300110087 779988350772

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Pagável Banco do Brasil e seus conveniados

da Roraima - DETRAN

VALIDO PARA PAGAMENTO ATÉ: 30/11/2018

PRINCIPAL:

96,75

PROPRIETÁRIO: FRANCISCO DAS CHAGAS S SOUSA

MULTA:

0,00

VENCIMENTO: 31/10/2013

JUROS DE MORA:

0,00

MARCA/MODELO: HONDA/XR 200R

VALOR PAGO:

0,00

CPF/CNPJ: 831.665.802-04

VALOR PAGO:

0,00

ANO FABRICAÇÃO: 2001

VALOR TOTAL:

96,75

Nº BORDERÔ: 01.100.8779988.3-5

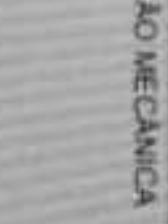
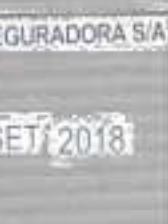
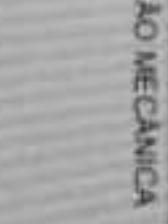
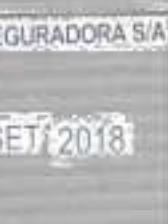
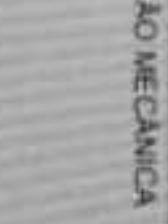
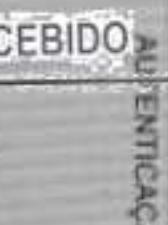
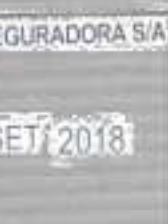
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SABEMI SEGURADORA S/A

03 SET 2018

RECEBIDO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180406101 **Cidade:** Cantá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE 2º E 3º METATARSOS ESQUERDOS
TCE + TRM?

Descrição do exame físico: APRESENTA DOR À PALPAÇÃO EM ANTEPÉ ESQUERDO QUE SE IRRADIA PARA A PLANTA DO PÉ, DEFORMIDADE EM PÉ COM FORMAÇÃO DE ESPÍCULA ÓSSEA EM TERÇO DISTAL, DIFICULDADE PARA FAZER AGACHAMENTO E FICAR EM PONTAS E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE PLANTIFLEXÃO DO ANTEPÉ ESQUERDO E FLEXOEXTENSÃO DE 2º E 3º ARTELHOS ESQUERDOS COM COMPROMETIMENTO DA MARCHA.
NÃO FORAM IDENTIFICADAS ALTERAÇÕES DAS FUNÇÕES NEUROLÓGICAS DECORRENTES DO TRAUMA.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DE 2º E 3º METATARSOS ESQUERDOS TCE + TRM?, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO MEDICAMENTOSO E IMOBILIZAÇÃO POR GESSO CIRCULAR.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/03/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO PÉ ESQUERDO EM GRAU MODERADO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180406101 **Cidade:** Cantá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

SABEMI SEGURADORA S/A

03 SET 2018

RECEBIDO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: RONALDO DA SILVA LIMA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: AUTONOMO
RG: 243115 SSP/RR CPF: 617.376.532-49
Endereço: RUA BABACU Nº 903 BAIRRO: DAS PALMEIRAS

OUTORGADO:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2732 BAIRRO: LIBERDADE

Palo 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 e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima RONALDO DA SILVA LIMA.

Boa Vista RR 05.03.2018
Local e data

Denilze L. Silva
Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0321060/18

Número do Sinistro: 3180406101

Vítima: RONALDO DA SILVA LIMA

CPF: 817.376.532-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/12/2017

Titular do CPF: RONALDO DA SILVA LIMA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

RONALDO DA SILVA LIMA : 817.376.532-49

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/03/2019
Nome: DENILZE CORREA DANTAS
CPF: 792.657.152-00

DENILZE CORREA DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2019
Nome: JULIANE CAMPOS RODRIGUES
CPF: 026.874.120-40

JULIANE CAMPOS RODRIGUES

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3180406101
Nome do(a) Examinado(a):	RONALDO DA SILVA LIMA
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA BABAÇU 903 CASA - DAS PALMEIRAS CENTRO
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	817.376.532-49
Data e local do acidente:	03/12/2017 CANTÁ RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 28/03/2019

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

ATENDIDO DO PS DE BOA VISTA/RR, DECORRENTE DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO 1700875167, QUE INFORMA FRATURA DE 2º E 3º METATARSSOS DE PÉ ESQUERDO, CONFORME EXAME RX, EM FICHA DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA: TCE + TRM?. FOI DADO ALTA NO MESMO DIA.

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

TRATAMENTO COM GESSO CIRCULAR, ANALGÉSICOS E AINH. ENCAMINHAMENTO PARA AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA.

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

EXAME NEUROLÓGICO NORMAL.

DOR A PALPAÇÃO EM TERÇO DISTAL DO PÉ, IRRADIANDO PARA REGIÃO PLANTAR DE PÉ ESQUERDO; MARCHA CLAUDICANTE À ESQUERDA ++/4, DEFORMIDADE COM FORMAÇÃO DE ESPICULA ÓSSEA EM TERÇO DISTAL DE PÉ ESQUERDO; LIMITAÇÃO PARA AGACHAMENTO OU EM PONTAS, REDUÇÃO EM CERCA DE 50 % DA FORÇA DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO DE 2º E 3º PODODÁCTILOS ESQUERDOS E PLANTIFLEXÃO DO ANTEPÉ ESQUERDO.

IV) Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

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

(X) SIM () NÃO

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

SEQUELA FUNCIONAL PARCIAL INCOMPLETA DE GRAU MODERADO DO PÉ ESQUERDO

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em_dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de transito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

Região Corporal (Sequela): PÉ ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):



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

Região Corporal (Sequela):

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

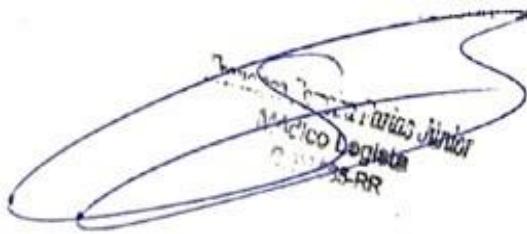
Região Corporal (Sequela):

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

VIII) * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

VÍTIMA TROUXE RADIOGRAFIAS QUE CONFIRMARAM AS FRATURAS NO PÉ ESQUERDO.

ESTADO DE RORAIMA EM CRISE NA SAÚDE DESDE 2017, SENDO DECLARADO PELO ATUAL GOVERNO ESTADO DE CALAMIDADE PÚBLICA PARA A SAÚDE DE RORAIMA.



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

Carimbo com nome e CRM

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