

# 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**

Carta nº 13579798



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 médico-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](http://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

Carta nº 13593114





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, 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



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



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, 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



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**, sem reservas, 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**

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Ronaldo da Silva Lima		817.376.532-49	autônomo
Endereço		Número	Complemento
Rua Babau		903	Casa
Cidade	Estado	CNPJ	Telefone (DDD)
Das Palmeiras	RE	69.390.000	(95) 9917-5392
E-mail		Telefone (DDD)	
liderbanista.pendencia@bdfmail.com			

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (106)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
Agência: 522 Conta: 3 Digito: 523389 BIV: 3		Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____ Digito: _____	

**SABEMI SEGURADORA S/A**

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

**RECEBIDO**

Ronaldo da Silva Lima 21 de Agosto de 2018

Lugar 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 TRÂNSITO



PROTOCOLO:  
17092435B01

STATUS:  
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIA MATRÍCULA:	DATA/HORA:
C. NICOLETTI/2218366	03/12/2017 00:30
Na Rodovia	
MUNICÍPIO:	
CANTÁRR	
SP	SABEMI SEGURADORA S/A
432	201.0
DESCRIÇÃO DO LOCAL:	SENTIDO:
	Decrescente
03- SET. 2018	

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:	CONDIÇÃO METEOROLÓGICA:	
Plena Noite	Céu Claro	
TIPO DE VIA:	SÍMBOLO DE PISTA:	CONDIÇÃO DE PISTA:
Principal	Simples	Seca
TIPO DE PAVIMENTAÇÃO:	ESTRUTURA VIÁRIA:	
Asfalto	Reta	
LOCALIDADE URBANIZADA:	EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:	EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:
Não	Não	Não

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE



IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE



IMAGEM DO LOCAL



IMAGEM DESCRITIVA DO LOCAL



REMARKS COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRP C. NICOLETTI, MATRÍCULA 2218366

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

NÚMERO DE CONTROLE: 6CC86D871E6F3381486F74D4CF2E4B

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 1 de 13



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17092435B01

**STATUS:**  
Encerrado

**VEÍCULOS**

SEQUENCIAL: VI	PLACA: NAT5917	MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 BROS ES	ANO FABRICAÇÃO: 2008
SITUAÇÃO: Tracionador	TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta		
CHASSI: 9C2KD03308R060752	RENAVAM: 00975905856	PAÍS: BRASIL	
ESPÉCIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRAS NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

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

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO: RUA JUNDIA CASA SANTA TEREZA	NÚMERO: 688
---	----------------

COMPLEMENTO:	BARRIO:
--------------	---------

MUNICÍPIO/UF: BOA VISTA/RR
-------------------------------

TELEFONE:	E-MAIL:
-----------	---------

**Dados da Carga**

**DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**

**Encaminhamento**

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

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**

Veículo encaminhado pelo proprietário ao Sr. Edivaldo 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/MODELO: HONDA/XR 200R	ANO FABRICAÇÃO: 2001
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta	
CHASSI: 9C2MD28001R021752	RENAVAM: 00785628996	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANEIRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo 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			NÚMERO: 1133
COMPLEMENTO: TEREZA II			BARRIO: 
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

SEQ. SEENCIAL, PLACA, MARCA/MODELO: V2 / NAP5788 / HONDA/NXR150 BROS ESD		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: PAULO VITAL COSTA	CPF: 675.158.352-49	DATA DE NASCIMENTO: 22/06/1978
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ORDÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Não Informado	NOME DA MÃE: MARIA APARECIDA VITAL COSTA	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO: RUA JOÃO BARBOSA	NÚMERO: 78	
COMPLEMENTO:	BARRIO: MECEJANA	
MUNICÍPIO: BOA VISTA/RR		
TELEFONE: 95-991147474	EMAIL:	
Circunstâncias		
ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL	
USAVA CAPACETE: Sim	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILOMETRO POR POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE:	RECORDAR SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: Removido ao hospital.		
VISÍVEL SINAIS DE EMBRAGAGEM: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	
Encaminhamento		
MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: 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/MODELO: V2 / NAP5788 / HONDA/NXR150 BROS ESD		ENVOLVIMENTO: Passageiro
NOME: Maria Deusentina da Silva	CPF:	DATA DE NASCIMENTO: 06/12/2017
Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 00000000	ORGÃO EXPEDIDOR: Sem informação.	SEXO: Feminino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	

**Dados de Endereço**

LOGRADUARO:	NÚMERO:
COMPLEMENTO:	BARRIO:
MUNICÍPIO/UF:	
TELEFONE:	E-MAIL:

**Circunstâncias**

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

**Encaminhamento**

MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: Corpo de bombeiros
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO: Socorrista St BM Dalane.	
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:
		Pedestre
NOME:	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
PEDRO DE ALMEIDA	241.913.102-91	28/06/1963
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ORGÃO EMISSOR:	SEXO:
		Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	
	MARIA ZILDA DE ALMEIDA	

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO:	NÚMERO:
Rua travessa Rio Mucajal	79
COMPLEMENTO:	BARRIO:
	Bea Vista
MUNICÍPIO/UF:	
BOA VISTA/RR	
TELEFONE:	E-MAIL:

**Circunstâncias**

ESTADO FÍSICO:	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:	
Lesões Graves		
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL:	RESULTADO DO TESTE:	PERCUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:
Não		Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:		
Removido ao Hospital.		
VISUVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:	
Não	Não	

**Encaminhamento**

MOTIVO:	TIPO DE RECEPTOR:
Socorro médico	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**



**PROTOCOLO:**  
**17092435B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**AVALIAÇÃO DE DANOS**

SEQUÊNCIA/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / NAT5817 / HONDA/NXR150 BROS ES

NÚMERO DO BAT:

17092435B01

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

C. NICOLETTI/2218366

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 (triciclo)		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRP C. NICOLETTI, MATRÍCULA 2218366

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

NÚMERO DE CONTROLE: 5CCB5DB71E5F33614B5F74D4CF2E4B

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/revobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/revobat/autenticar)

Página 13 de 15



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17092435B01

**STATUS:**  
Encerrado

**AVALIAÇÃO DE DANOS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / NAP6788 / HONDA/NXR150 BROS ESD

NÚMERO DO SA:

17092435B01

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

C. NICOLETTI/2218366

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 (tricolos)		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

3

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRP C. NICOLETTI, MATRÍCULA 2218366

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 06/12/2017 15:33

NÚMERO DE CONTROLE: 500850B71E8F3361455F74D4CF2E4B

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prp.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prp.gov.br/novobat/autenticar)

Página 15 de 15



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
**17092435B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**AVALIAÇÃO DE DANOS**

SEQUENCIAL PLACA/MARCA/MODELO:

V3 / NAL2338 / HONDA/XR 200R

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

C. NICOLETTI/2218386

NÚMERO DO 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 + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF C. NICOLETTI, MATRÍCULA 2218386

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

NÚMERO DE CONTROLE: 5CC85DB71E5F33814B5F74D4CF2E4B

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 17 de 18



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
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**



**PROTOCOLO:**  
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)



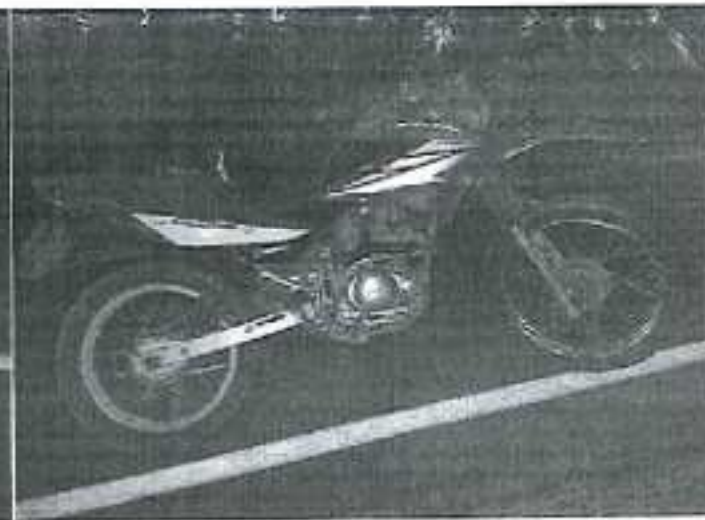
IMAGEM DA TRASEIRA (V1)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)





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



PROTOCOLO:  
17092435B01

STATUS:  
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V3 / NAL2338 / HONDA/XR 200R		ENVOLVIMENTO: Passageiro
NOME: Erika Almeida Gomes	CPF:	DATA DE NASCIMENTO: 06/12/2017
Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 000000	ORGÃO EXPEIDOR: Sem informação.	SEXO: Feminino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE: Betiza de Sousa Almeida	

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NÚMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:	
TELEFONE:	E-MAIL:

Circunstâncias

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

Encaminhamento

MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: 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/MODELO: <b>V3 / NAL2338 / HONDA/XR 200R</b>		ENVOLVIMENTO: <b>Condutor</b>
NOME: <b>RONALDO DA SILVA LIMA</b>	CPF: <b>817.376.532-49</b>	DATA DE NASCIMENTO: <b>17/08/1985</b>
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EMISSOR:	SEXO: <b>Masculino</b>
ESTADO CIVIL: <b>Não informado</b>	NOME DA MÃE: <b>NADIR DA SILVA LIMA</b>	
<b>Dados de Endereço</b>		
LOGRADOURO: <b>MARIA RODRIGUES DOS SANTOS</b>	NÚMERO: <b>265</b>	
COMPLEMENTO:	BAIRRO: <b>ASA BRANCA</b>	
MUNICÍPIO: <b>BOA VISTA/RR</b>		
TELEFONE:	EMAIL:	
<b>Circunstâncias</b>		
ESTADO FÍSICO: <b>Lesões Leves</b>	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: <b>NÃO APLICÁVEL</b>	
USAVA CAPACETE: <b>Sim</b>	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: <b>NÃO APLICÁVEL</b>	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: <b>Não</b>	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: <b>Não</b>
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: <b>Removido ao hospital.</b>		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRAGUECIMENTO: <b>Não</b>	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS: <b>Não</b>	
<b>Encaminhamento</b>		
MOTIVO: <b>Socorro médico</b>	TIPO DE RECEPTOR: <b>SAMU</b>	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO: <b>Socorrista Samu Malcon.</b>		
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/FACAMARCA/MODELO: 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		
LUGAR/BAZIL:		NÚMERO: 1532
AV. SÃO SEBASTIAO		
COMPLEMENTO: CASA	BARRIO: TANCREDO NEVES	
MUNICÍPIO: BOA VISTA/RR		
TELEFONE: 95-99486819	E-MAIL:	
Dados da Habilitação		
HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AD
PROFISSIONAL:	Nº DO REGISTRO: 04340117544	UF: RR
Não		
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 ETILOMETRO 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		
MOTIVO: 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



PROTOCOLO:  
17092435B01

STATUS:  
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V2	PLACA: NAP5788	MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 BROS ESD	ANO FABRICAÇÃO: 2006
SITUAÇÃO: Tractionador	TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta		
CHASSI: 9C2KD03107R001457	RENAVAM: 00890857753	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANEIRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

NOME 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	BARRIO: 
MUNICÍPIO: CARACARAÍRR	
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

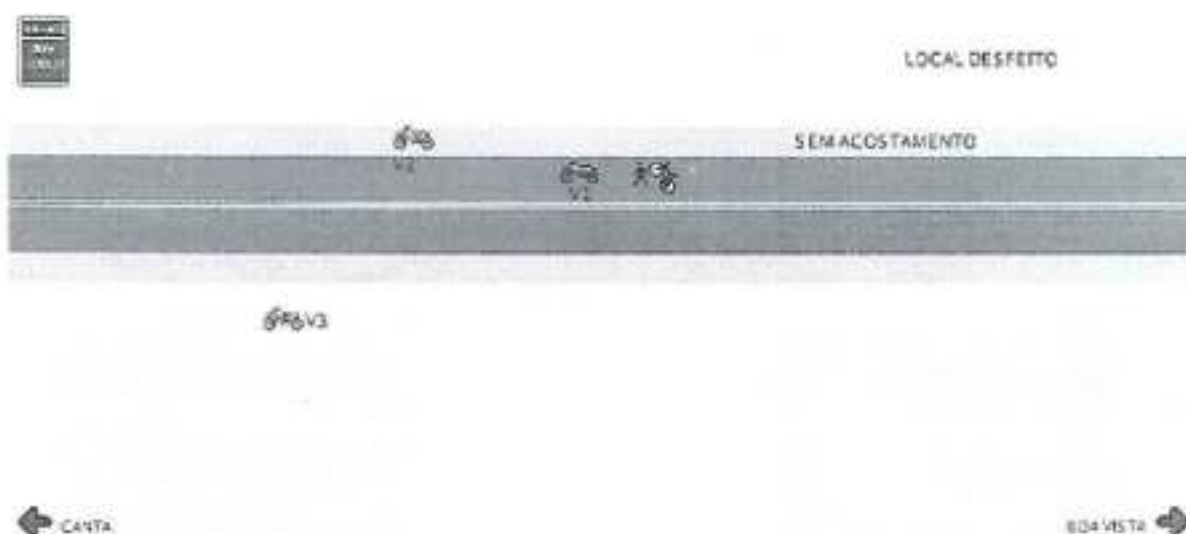
**STATUS:**  
Encerrado

**DINÂMICA**

**Eventos Sucessivos**

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	

**Croqui**



**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.seguradovaledeir.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221204 (para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

## INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

Requisito o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VITÍMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\*.

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante Legal 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 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").

**Processos com vítima interdita com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

CPf da Vizinha

817.570.532.49 05.12.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA.

**Sistema de Informação do Representante Legal**

SAREMI SEGURODORA S/A

CPF do Pesquisador: \_\_\_\_\_

03 SET 2018

Telefon: 0100

10. Não possui boas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Medico Legal (IML) para o fim de requerer a "Diretoria do Seguro DPVAT" sob nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

\_\_\_\_\_, no \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_, no estabelecimento do IMI, que atenda a seguinte condição ou de minha residência ou

<sup>12</sup> O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova de sangue.

☒ O estabelecimento de ML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza atendimentos com prazo superior a 90 dias após o sinistro pedido.

Eu, abaixo assinado, sou titular do seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada por acidente de trânsito, e declaro, sob as penas da lei, que a lesão sofrida em decorrência do acidente de trânsito, em 10/05/2011, ocasionou a invalidez permanente, conforme atestado pelo Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter à perícia médica do Instituto LIDER DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 13.141/2011.

Declaro e não estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação técnica, tampouco ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Car. Vist. de 21 de Agosto de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura de Beneficiário

Samko Z. Accuracy of Copeland's Law

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: 000000523389-5

Nr. Autenticação

BRDESCO1504201905000000000023700522000000523389337500 PAGO

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3303 - AEROPORTO



1700875157 03/12/2017 03:52:48 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 18 17

Paciente: RONALDO DA SILVA LIMA Data Nascimento: 17/08/1985 Idade: 32 A 3 M 17 D CHS: 700408996513742 CPF: 81737653249 Prontuário

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SSPRR Data Emissão: M Estado Civil: NAO Raca/Cor: PARDA Naturalidade: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA

NOME: NADIR DA SILVA LIMA Contato: (95) 99110-4942

Endereço: RUA - BABASSU - 000 - CENTRO - CANTA - RR Ocupação: MICROEMPRESÁRIO

Class. do Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validez: Autorização: Se Prontuário

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caracter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:

Sector: PRONTO ATENDIMENTO Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL Procedimento Sol.: Registrado por: LUCAS.DANIEL

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febre ☐ Sintomas Respiratórios ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: GSC TOTAL: AD: 1234 RV: 12345 MR: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_h)  
Acidente de moto. Desorientado. Relata, disse, queixa pleia bilateral

## Exame Físico

ABD: flácida, RHA(+), deprimida, dolorosa, sem peritonite.

Hipótese Diagnóstica

TCE + Fratura costal vertebral (lesão medular? / TRM?)

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☒ JTC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

## PRESCRIÇÃO

① SF9 9% 1000ml @ 10 gotas/min (resposta)

② Dipirona 1g @ 4/4h (resposta)

③ Passar SVD (resposta)

APRAZAMENTO  
Unidade de Pronto Atendimento  
COREMATO



Paciente refere melhora clínica. Apresenta mobilidade e consciência de movimentos totais e livres

## Conduta

☐ Alta por Decisão Médica  
☐ Alta a Pedido  
☐ Alta a Roteiro  
☐ Transferência para:

① Limpeza + curativo  
② Alta / reavaliação

## óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Análise Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: Lucas Daniel  
Data Hora: 03/12/2017 03:53:43

SABEMI SEGURADORA S/A

03 SET 2018

RECEBIDO

Dr. Lucas Daniel  
MÉDICO  
CRM 17203





**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**

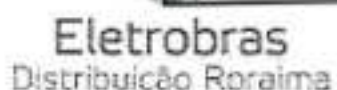
- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDRR: 0800 70 19 120

SABEMI SEGURADORA S/A

autenticação mecânica

03 SET 2018

recorte aqui

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

836100000006.239000750004.000000005496.117701190052



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221204 (atendimento para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAP.

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

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.

Foi exposto, eu Denilze Correia Santos inscrito (a) no CPF 792.657.152-0, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ronaldo da Silva Lima inscrito no CPF sob o nº 817.376.532-49, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Ronaldo da Silva Lima, inscrito (a) no CPF sob o nº 817.376.532-49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ **Recusa informar**

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

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

Nome	Ass. General Alcide Teive	Número	2732	Complemento	A
Cidade	Boa Vista	Estado	RR	CPF	69.309.000
E-mail	liderboavista.pendencia@hotmail.com	Telefone comercial(CDD)		Telefone celular (DDD)	(95)991175392

SABEMI SEGURODORA S/A

03 SET 2018

**RECEBIDO**

Boa Vista, 22 de Agosto de 2018  
Local e Data

Denilze Correia Santos  
Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3303 - AEROPORTO



1700875157 03/12/2017 03:52:48 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 18 17

Paciente: RONALDO DA SILVA LIMA Data Nascimento: 17/08/1985 Idade: 32 A 3 M 17 D CHS: 700408996513742 CPF: 81737653249 Prontuário

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SSPRR Data Emissão: M Estado Civil: NAO Raca/Cor: PARDA Naturalidade: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA

NOME: NADIR DA SILVA LIMA Contato: (95) 99110-4942

Endereço: RUA - BABASSU - 000 - CENTRO - CANTA - RR Ocupação: MICROEMPRESÁRIO

Class. do Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validez: Autorização: Se Prontuário

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caracter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:

Sector: PRONTO ATENDIMENTO Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL Procedimento Sol.: Registrado por: LUCAS.DANIEL

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febre ☐ Sintomas Respiratórios ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: GSC TOTAL: AD: 1234 RV: 12345 MR: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_h) *Acidente de moto. Desorientado. Relata, disse, queixa pleia bilateral*

Exame Físico

ABD: *flácida, RHA(+), deprimida, dolorosa, sem peritonite.*

Hipótese Diagnóstica: *TCE + Fratura coluna vertebral (lesão medular? / TRM?)*

SADT - Exames Complementares: ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☒ JTC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

① *SFO 9% 1000ml @ 1000ml (nupem)* *APRAZAMENTO* *OBSERVAÇÃO*

② *Dipirona 1g @ 4/4h (nupem)*

③ *Passar SVD (nupem)*

*Paciente refere melhora clínica. Apresenta mobilidade e consciência de movimentos totais e livres*

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Roteiro ☐ Transferência para: *① Limpeza + curativo ② Alta / reavaliação*

óbito: Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Análise Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: Lucas Daniel  
Data Hora: 03/12/2017 03:53:43

SABEMI SEGURADORA S/A

03 SET 2018

RECEBIDO

Dr. Lucas Daniel  
MÉDICO  
CRM 17203





SABEMI SEGURADORA S/A

03 SET 2018

RECEBIDO

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

905314502

PREMIOS PLASTIFICADOS

905314502

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME		DENILSE CORREA DANTAS	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA		3142655 SSP RJ
	CPF	792.657.152-00	
	DATA NASCIMENTO		08/03/1979
FILIAÇÃO		JOSE DE SOUZA CORREA	
		EVANGELINA LOBATO DA SILVA	
PETIÇÃO	ACC	CAT. HAB	
		B	
Nº REGISTRO	VALIDADE	Nº HABILITAÇÃO	
04953412311	20/08/2019	21/08/2010	
OBSERVAÇÕES			
			
ASSINATURA DO PORTADOR			
LOCAL	DATA DE EMISSÃO		
BOA VISTA - RORAIMA	25/08/2014		
		53564648026	
CAPITÃO DENILSE CORREA DANTAS		30207683212	
DETRAN - RR (RORAIMA)			

de Roraima - DETRAN

VALIDO PARA PAGAMENTO ATÉ:

30/11/2018

PRINCIPAL:

9

PROPRIETÁRIO: FRANCISCO DAS CHAGAS S SOUSA

MULTA:

ENCIMENTO:

MARCA/MODELO

EXERCÍCIO

PLACA

31/10/2013

HONDA/XR 200R

2013

NAL2338

JURCS DE MORA:

CPF/CNPJ

ANO FABRICAÇÃO

Nº BORDERÔ

831.665.802-04

2001

01.100.8779988.3-5

LICENCIAMENTO / 2013

VALOR PAGO

0

SERVIÇOS SOLICITADOS

QUANTIDADE

VALOR

1

96,76

VALOR TOTAL:

96

Anexo Anual

000003 967801772013 811300110087 779988350772

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Pagável Banco do Brasil e seus conveniados

de Roraima - DETRAN

VALIDO PARA PAGAMENTO ATÉ: 30/11/2018

PRINCIPAL:

96,76

PROPRIETÁRIO: FRANCISCO DAS CHAGAS S SOUSA

MULTA:

0,00

VENCIMENTO

MARCA/MODELO

EXERCÍCIO

PLACA

31/10/2013

HONDA/XR 200R

2013

NAL2338

JURCS DE MORA:

0,00

CPF/CNPJ

ANO FABRICAÇÃO

Nº BORDERÔ

831.665.802-04

2001

01.100.8779988.3-5

VALOR PAGO:

0,00

VALOR TOTAL:

96,76



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SABEMI SEGURADORA S/A

03 SET 2018

RECEBIDO

96200000003 967801772013 811300110087 779988350772

# 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

03 SET 2018

RECEBIDO

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE:

Nome: RONALDO DA SILVA LIMA  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO  
Profissão: AUTONOMO  
RG: 243115 SSP/RR CPF: 817.376.532-49  
Endereço: RUA BABAÇU Nº 903 BAIRRO: DAS PALMEIRAS

## OUTORGADO:

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

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 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.

San VISTA RR 05.03.2018  
Local e data



*Ronaldo da Silva Lima*

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

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 03/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RONALDO DA SILVA LIMA

## 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](http://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 METATARSOS 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) Nexô 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 trânsito 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

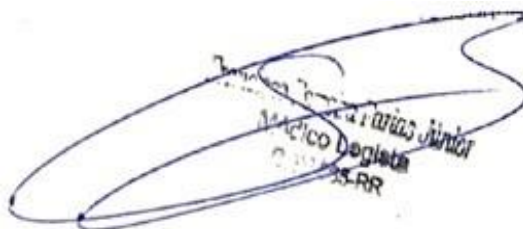
**Região Corporal (Sequela):**

% 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**