
Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190363245

Vítima: CAROLINE SILVA SANTOS

Data do Acidente: 21/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CAROLINE SILVA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190363245

Vítima: CAROLINE SILVA SANTOS

Data do Acidente: 21/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CAROLINE SILVA SANTOS

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.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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



1ª Classificação/Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1801049800 21/12/2018 19:08:08 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19-2

Paciente: CAROLINE SILVA SANTOS Data Nascimento: 22/03/1989 Idade: 29 A 8 M 30 D CNS: 709800046959697 CPF: 94225974200 Prontuário: 94225974200

Tipo Doc: Documento: 3025876 Órgão Emissor: RR Data Emissão: 09/12/2009 Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO(A) Raça/Cor: LUZILANDIA - PI Naturalidade: BRASILEIRA

Mãe: MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS Pai: NC Contato: (95) 99147-0995

Endereço: RUA - RIO ANAUA - 95 - PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR - BOA VISTA - RR Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:

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

Sector: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: REILA RODRIGUES

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

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

Anamnese: (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico:

Hipótese Diagnóstica:

SADT - Exames Complementares:

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revella ☐ Transferência para: Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação

Óbito: Data e Hora da Saída/Alta:

Alta do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: reila.rodrigues
Data Hora: 21/12/2018 19:08:35



1801049800

04 JUN. 2019

Clotopria - Dir. Acum
Tusuma cento-centos um pi (D) por ocentos,
tuotocientos. A puma FX de 5º MTT e FX
Ex parte de 6º DDD.

Transliteración.

Alto c) ATB anal.

du: Sum EK pro Fixation der Fixkosten.

Dr. Rogério L. P. Dias
Ortopedia e Traumatologista
CRM 12053-R/1
ORE-114

[illegible]

04 JUN. 2019

1ª Classificação/Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1801049800 21/12/2018 19:08:08 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19-2

Paciente: CAROLINE SILVA SANTOS Data Nascimento: 22/03/1989 Idade: 29 A 8 M 30 D CNS: 709800046959697 CPF: 94225974200 Prontuário: 94225974200

Tipo Doc: Documento: 3025876 Órgão Emissor: RR Data Emissão: 09/12/2009 Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO(A) Raça/Cor: LUZILANDIA - PI Nacionalidade: BRASILEIRA

Mãe: MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS Pai: NC Contato: (95) 99147-0995

Endereço: RUA - RIO ANAUA - 95 - PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR - BOA VISTA - RR Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:

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

Sector: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: REILA RODRIGUES

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

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

Anamnese: (PIORA DA CONSULTA - : h)

Exame Físico:

Hipótese Diagnóstica:

SADT - Exames Complementares:

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revella ☐ Transferência para: Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação

Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico:

Impressão por: reila.rodrigues
Data Hora: 21/12/2018 19:08:35



1801049800

04 JUN. 2019

Ortopedia - Dr. Almeida
 Tumor com contusões com pi(D) por cicatrizes.
 tumores cicatrizes. A primeira FX de 5º MTT e FX
 exposta de 1º DDD.

CD: LMC + Sutura

Lanolinização.

Alta c/ ATB oral.

de: Sina EK para fixação da fratura.

Dr. Rogério L. P. Dias
 Ortopedista
 CRM 12058-RJ
 CRM 114
 Ortopedista
 CRM 114
 Dr. R. L. P. Dias
 Ortopedista
 CRM 114

Dr. Rogério L. P. Dias
 Ortopedista
 CRM 114



04 JUN. 2019

04 JUN. 2019



CAROLINE SILVA SANTOS

FILIAÇÃO..... MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS
 NASCIMENTO..... 22/03/1989 SEXO: FEMININO
 ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO
 NATURALIDADE: LUZILÂNDIA - PI
 DOCUMENTO..... R.G. 302897-6 SESP RR 09/12/2009
 LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995
 CPF..... 942.259.742-00 CNH.....
 TIT. ELEITOR: SEÇÃO:
 LOCAL/DATE DE EMISSÃO: SRTE/RR - 05/02/2013

[Signature]
 Legitimada em nome do
 Ministério do Trabalho e Emprego

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

SECRETARIA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

161.99301.97-9

2481359 0040 RR

Caroline silva santos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 942.259.742-00 Nome completo da vítima: Caroline Silva Santos

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

Nome completo: Caroline Silva Santos CPE: 942.259.742-00
Profissão: Autônoma Endereço: Rua Rio Anauá Número: 95 Complemento: casa
Bairro: Prof. Anacelis S. Maier Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.315-000
E-mail: FLOIERRR@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (95) 98125-9538

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1352 CONTA: 48071-7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Boa Vista - RR, 03/06/19
Nome: Caroline Silva Santos
CPF: 942.259.742-00

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Caroline Silva Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007781/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/03/2019 11:30 Data/Hora Fim: 25/03/2019 11:47
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 25/03/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 21/12/2018 19:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rua Rio Anauá

Bairro: Professora Araceli

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CAROLINE SILVA SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: PI - Luzilândia	Sexo: Feminino	Nasc: 22/03/1989
Profissão: Autônomo			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Maria dos Socorro da Silva Santos			

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 302687-6

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Rio Anauá
Bairro: Professora Araceli Souto Maior

Nº: 95

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado compareceu nesta delegacia para informar que **NÃO** é habilitado, e que no dia, hora e local acima informado, pilotava uma motocicleta, sendo uma Honda CG 150 Fan ESDI, ano/modelo 2012/2012, placa NUH-4759, CHASSI 9C2KC1680CR469657, RENAVAM 486863476, a qual se encontra em nome de Francisco Vieira da Silva (falecido), porém, pertence a Antonio de Paula Silva Lira (reside em frente a casa da comunicante), o qual emprestou a motocicleta à comunicante. Que ao sair de casa, a comunicante se distraiu, vindo a colidir com uma trave de madeira que encontrava-se na rua, pois na mesma haviam crianças jogando futebol. Que com a colisão, a comunicante veio ao solo. Que devido as lesões sofridas, foi levado à Policlínica Cosme e Silva, de onde foi encaminhada de ambulância ao HGR. Que o referido B.O é exclusivamente para fins de Seguro DPVAT.

04 JUN. 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007781/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães
Responsável pelo Atendimento

MAT. 04200925

Caroline Silva Santos
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT

25 MAR 2019

AGENTE DE POL. CI
CONF. 10/17

04 JUN. 2019