

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEUZA FERREIRA DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000002666-4

Autenticação:

44E9B3884F93AAAA1F36D26F25604BD4DE32E53324AB14038262AA554189C852

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190434288

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DEUZA FERREIRA DA SILVA

Data do acidente: 22/03/2019

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA O QUADRIL NA REGIÃO DO ACETÁBULO DIREITO

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO/ADUÇÃO DO MID + TESTE DE PATRICK POSITIVO + MARCHA CLAUDICANTE

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR, NÃO FE FISIOTERAPIA ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM QUADRIL DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/07/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM QUADRIL DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190434288

Nome do(a) Examinado(a): DEUZA FERREIRA DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Dona Sinhá Francisca Alves de Lima,
548 - Boa Vista/RR - CEP 69317-308

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 3292711 - SSP-RR

Data e Local do Acidente : 22/03/2019 - CRUZAMENTO DA S24 COM
FRANCISCO SALES

Data e Local do Exame : 30/07/2019 AVENIDA DOUTOR SYLVIO LOFÊGO
BOTELHO, 565 - BOA VISTA/RR - CEP 69301-085

Resultado da Avaliação Médica

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

VITIMA DE COLISÃO DE BICICLETA COM MOTO, CAIU SENTADA E FRATUROU O QUADRIL NA REGIÃO DO ACETÁBULO D

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

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR, NÃO FEZ FISIOTERAPIA E NÃO RECORDA DATA DA ALTA

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

LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO/ADUÇÃO DO MID + TESTE DE PATRICK POSITIVO + MARCHA CLAUDICANTE

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente 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:

LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO/ADUÇÃO DO MID + TESTE DE PATRICK POSITIVO + MARCHA CLAUDICANTE

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 (*).

Vide motivo do impedimento 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

QUADRIL

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

Região Corporal

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

Região Corporal

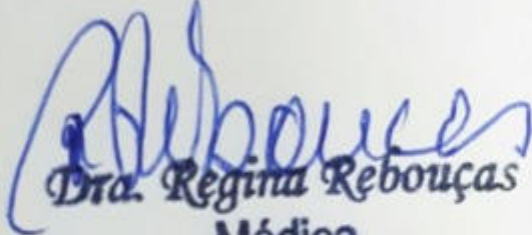
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% 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.

VALORAÇÃO: QUADRIL: 75% - ACENTUADO



Dra. Regina Rebouças
Médica
CRM/RR 1032

REGINA CLAUDIA REBOUÇAS MENDES ALHO CRM : 1032 / UF :RR

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
POLICLINICA COSME E SILVA
RUA DELMAN VERAS, S/N, PINTOLANDIA

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

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

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



1900525111 22/03/2019 19:41:46 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 3

Paciente DEUZA FERREIRA DA SILVA Data Nascimento 21/06/1952 Idade 66 A 9 M 1 D CNS 898001189808570 CPF 07 41457358204 Prontuário 00000799
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade
IDENTIDADE 3292711 SSP RR 21/06/1952 F VIUVO(A) PARDA PEDREIRAS - MA BRASILEIRA
Mãe MARIA ALVES FERREIRA Contato (95) 99161-6335
Endereço RUA - DONA SINHA FRANCISCA ALVES DE LIMA - 548 - EQUATORIAL - BOA VISTA - RR Ocupação APOSENTADO

Class. do Risco Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM Caráter do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. Pcsso Pressão
Setor SUTURA Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol. Registrado por: ELENILDA SILVA

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue
ALERGIA DIFERENÇA

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 - 20:00h)
* Idoso sofreu acidente bicicleta - com motocicleta.

Exame Físico
* Representa escoriações em m.s.d (cotovelo) e algia em fêmur direito.

Hipótese Diagnóstica
① PA elevada ② Trauma m.i.d (fêmur)

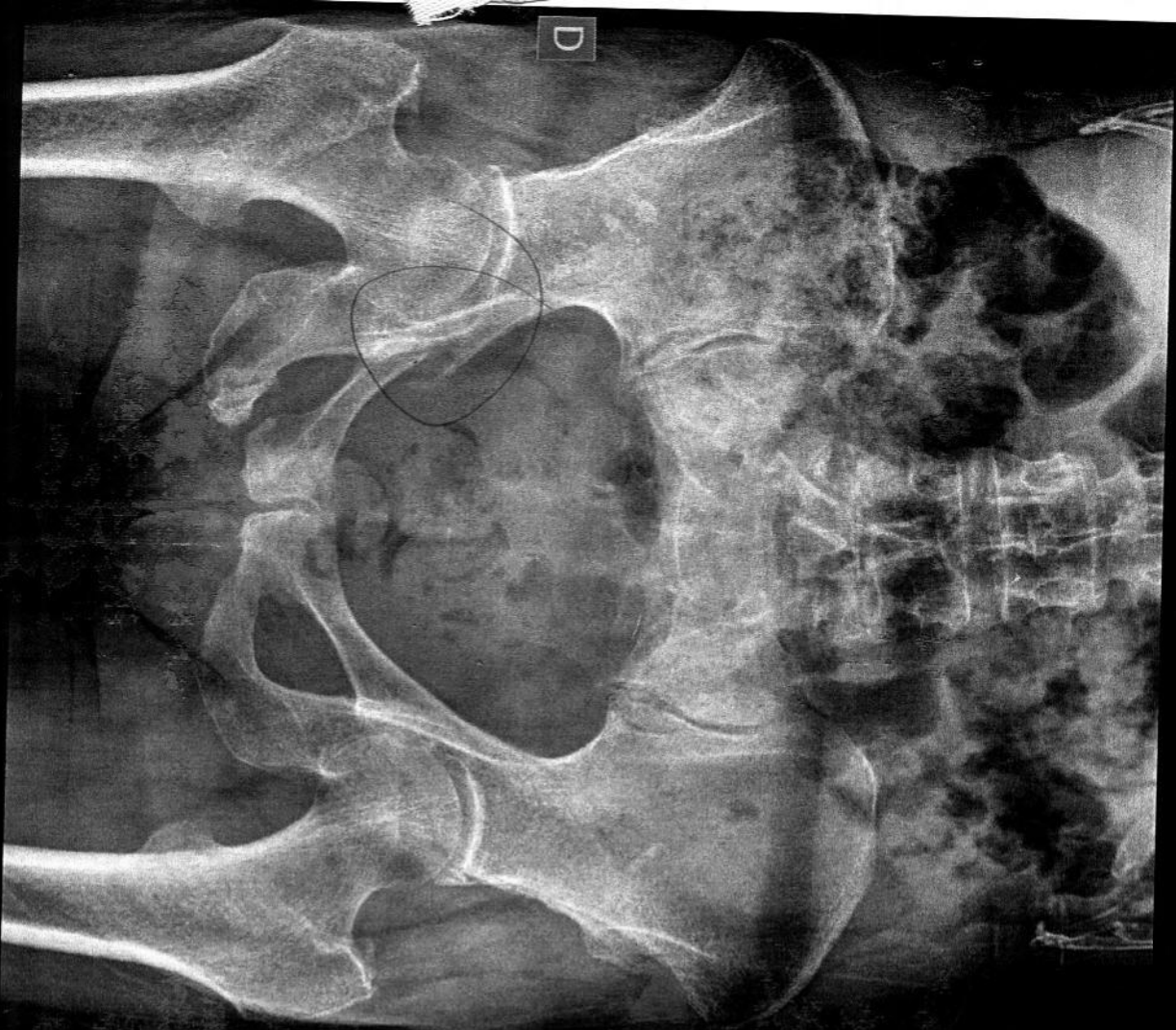
SADT - Exames Complementares
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO
① Nifedipina 20mg/comp. VO
② Dexametazona 2.5mg/amp. EV (lenta)
③ Rortecortico artroscópico direto.
CONFERE COM ORIGINAL
Em 14 / 06 / 19

Conduta
☒ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:
Ass.: Jolanda R. Siqueira
☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta:

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

Assinatura do Paciente ou Responsável
Impresso por: elenilda.silva
Data Hora: 22/03/2019 19:43:00
17 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Carimbo e Assinatura do Médico
1900525111



46,2 %



61,6 %

DEUZA F DA SILVA

ID:

Nr: 1303

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Data: 23/05/2019

Tec: DERISVALDO

D



, DEUZA PEREIRA DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR SAMARA/ED. ROSANGELA

9/4/2019 16:02:32

62.1 %

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão legível do nome do beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

BOA VISTA, 17/07/2019.

X Deusa Ferreira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 018654/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/06/2019 09:26 Data/Hora Fim: 12/07/2019 09:04
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 24/06/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 22/03/2019 19:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: São José (Antiga S-24)
Complemento: Cruzamento com a Rua Francisco Sales Viera
Ponto de Referência: Pizzaria e Sorveteria Ponto 10
Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Santa Luzia

Natureza

Meio(s) Empregado(s)

1213: Praticar lesão corporal culposa - Aumento de Pena (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB) Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DEUZA FERREIRA DA SILVA (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Pedreiras

Sexo: Feminino

Nasc: 21/06/1952

Profissão: Do Lar

Escolaridade: Ensino Fundamental Completo

Estado Civil: Viúvo(a)

Nome da Mãe: Maria Alves Ferreira

Nome do Pai: Jorge Lopes Ferreira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Francisca Alves de Lima
Complemento: Casa
Bairro: Equatorial
Telefone: (95) 99161-6335 (Celular)

Nº: 548

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 12/07/2019 09:04
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 018654/2019

A comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando trafegava de bicicleta onde veio a ser colidida por uma motocicleta. **Que sofreu lesões corporais e foi socorrida por populares até à Policlínica Cosme & Silva, para atendimento médico. Que à motocicleta evadiu-se e por isso não tem nenhuma informação sobre as características identificadoras da mesma. QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE.** Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS


Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento


DAT
12 JUL 2019
AGENTE DE POLÍCIA
CORFERIDOR


Deuza Ferreira da Silva
(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-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
POLICLINICA COSME E SILVA
RUA DELMAN VERAS, S/N, PINTOLANDIA

1ª Classificação/Reclassificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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



1900525111

22/03/2019 19:41:46

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 3

Paciente

DEUZA FERREIRA DA SILVA

Data Nascimento

21/06/1952

Idade

66 A 9 M 1 D

CNS

898001189808570

CPF

41457358204

Prontuário

00000799

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

IDENTIDADE

3292711

SSP RR

21/06/1952

F

VIUVO(A)

PARDA

PEDREIRAS - MA

BRASILEIRA

Mãe

MARIA ALVES FERREIRA

Pai
JORGE LOPES FERREIRA

Contato

(95) 99161-6335

Endereço

RUA - DONA SINHA FRANCISCA ALVES DE LIMA - 548 - EQUATORIAL - BOA VISTA - RR

Ocupação

APOSENTADO

Class. do Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

SPA - PRONTO ATENDIM

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Sector

SUTURA

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.

Registrado por:

ELENILDA SILVA

170x90

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

ALERGIA DIFERENÇA

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 20:00h)

* Torsão sofrida ao cair de bicicleta com motocicleta.

Exame Físico

* Representa escoriações em m.s.d (cotovelo) e algia em fêmur direito.

Hipótese Diagnóstica

① PA elevada ② Trauma M.I.D (fêmur)

SADT - Exames Complementares

☒ RAO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

① Nifedipina 20mg/comp. VO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

② Dexametazona 2.5mg/comp. EV (lenta)

③ Redução de algia com analgésico direto.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 14 / 06 / 19

Conduta

☒ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

Ass.: Jolanda R. Siqueira

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: elenilda.silva

Data Hora: 22/03/2019 19:43:00

1900525111

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capão João Batista, 404 - Boa Vista - RR

Carimbo e Assinatura do Médico



1900525111