

ITAU - 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: 00000002666-4

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 LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO/ADUÇÃO DO MID + TESTE DE PATRICK POSITIVO + MARCHA
físico: 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 - Orgão 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 LOFÉGO
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 ás 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



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.

SESAU

RUMA E SILVA

1900525111

22/03/2019 19:41:46

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 3

Paciente

DEUZA FERREIRA DA SILVA

Tipo Doc

Documento

IDENTIDADE

3292711

Órgão Emissor

SSP RR

Data Emissão

21/06/1952

Mãe

MARIA ALVES FERREIRA

Endereço

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

Data Nascimento

21/06/1952

Idade

66 A 9 M 1 D

CNS

898001189808570

CPF

41457358204

Pronutário

00000799

Naturalidade

PEDREIRAS - MA

Nacionalidade

BRASILEIRA

Contato

(95) 99161-6335

Ocupação

APOSENTADO

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

SPA - PRONTO ATENDIM

Selar

SUTURA

Queixa Principal

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Nº da Carteira

Profissional do Atend.

Procedência

Procedimento Sol.

Validado

Autorização

Tomp.

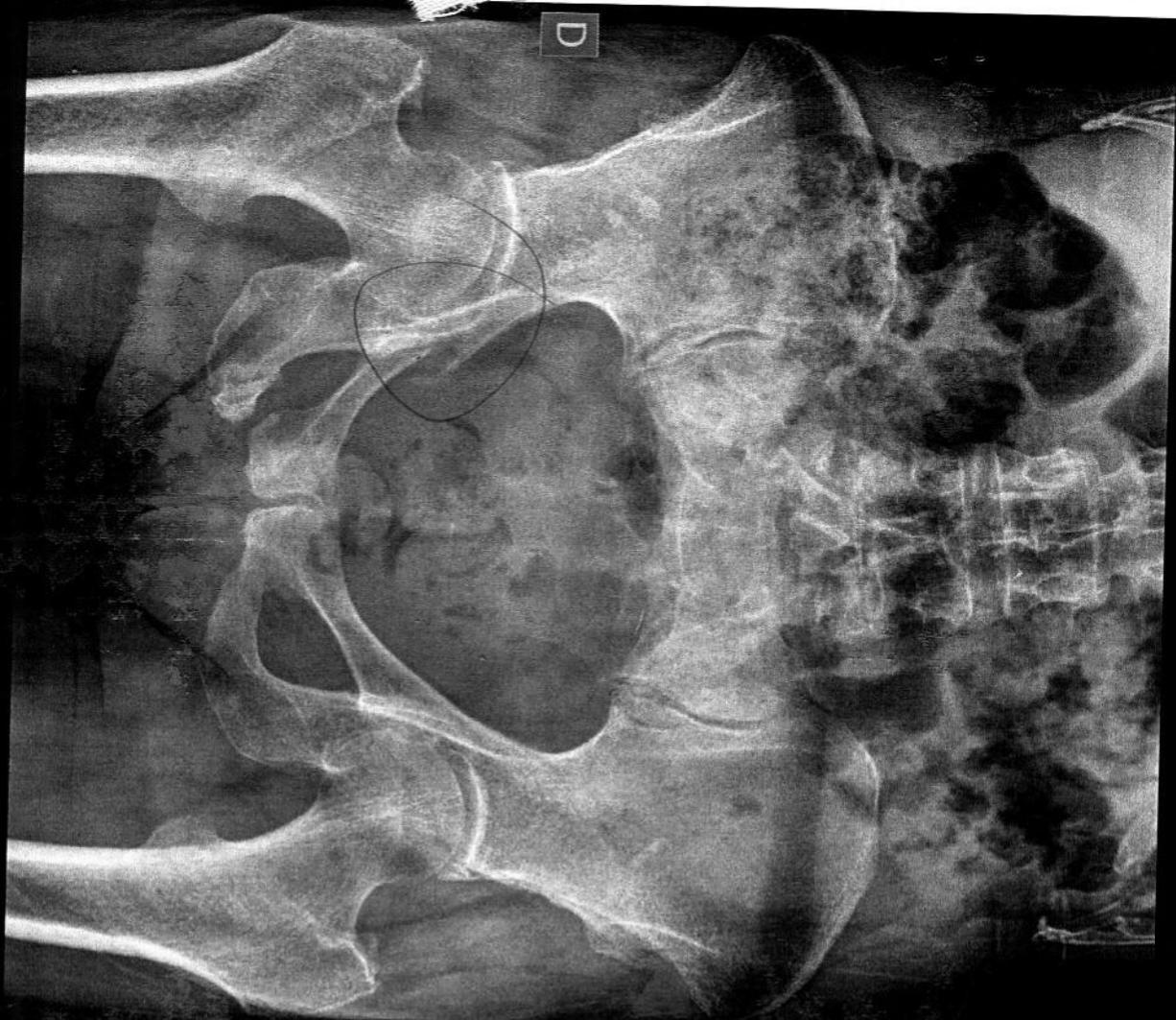
Peso

Pressão

Registrado por:

ELENILDA.SILVA

61,6 %



46,2 %

DEUZA F DA SILVA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Data: 23/05/2019

ID:

Nr: 1303

Tec: DERISVALDO

D



DEUZA PEREIRA DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR SAMARA/ED ROSANGELA

62.1 %

9/4/2019 16:02:32

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: DEUZA FERREIRA DA SILVA	

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

5 - Nome completo:	DEUZA FERREIRA DA SILVA		6 - CPF: 41457358204
7 - Profissão:	DO NAR	8 - Endereço:	R. FRANCISCA AVES DE HIMA 548
9 - Número:	11 - Bairro:	EQUATORIAN	10 - Complemento:
12 - Cidade:	BOA VISTA	13 - Estado:	RR
14 - CEP:	69317 - 308		
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (95)99161.6335		

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **ITALS**

AGÊNCIA: **8526**

CONTA: **02.666**

4

(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 da Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

17 JUL 2019

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 atende 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.

MORTE

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.

NÃO ALFABETIZADO

34

Impressão
digital da
víma ou
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

40 - Local e Data,

BOA VISTA, 17/07/2019.

X Deusa Ferreira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

17 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Dr. Carlos Júnio Bezerra, 404 - 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) Bairro: Santa Luzia
 Logradouro: São José (Antiga S-24)
 Complemento: Cruzamento com à Rua Francisco Sales Viera
 Ponto de Referência: Pizzaria e Sorveteria Ponto 10
 Tipo do Local: Via Pública

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 Nº: 548
 Complemento: Casa
 Bairro: Equatorial
 Telefone: (95) 99161-6335 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO 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

Desconhecido 1

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO



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

DAT

12 JUL 2019

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

Deuza Ferreira da Silva
(Comunicante / Vítima)

AGENTE DE POLÍCIA
COFERIDOR

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (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 de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR





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

1ª Classificação Reclassificação

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul Ass.

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul Ass.

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul Ass.

ATO DECLARATÓRIO

1900525111

22/03/2019 19:41:46

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 3

Paciente

DEUZA FERREIRA DA SILVA

Tipo Doc

Documento

IDENTIDADE

3292711

Mãe

MARIA ALVES FERREIRA

Endereço

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

Data Nascimento

21/06/1952

Idade

66 A 9 M 1 D

CNS

898001189808570

CPF

41457358204

Prontuário

000000789

Órgão Emissor

SSP RR

Data Emissão

21/06/1952

Sexo

F

Estado Civil

VIUVO(A)

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

PEDREIRAS - MA

Pai

JORGE LOPES FERREIRA

Contato

(95) 99161-6335

Ocupação

APOSENTADO

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validado

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

Queixa Principal

Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

ALERGIA DIFERENCIADA

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

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

* Jelane sofreu acidente bicicleta - com motocicleta.

Exame Físico

* Representa lesões em m.s.d (cotovelos) e algia em fêmur direito.

Hipótese Diagnóstica

① PA eleveda

② Fractura m.I.D (fêmur)

SADT - Exames Complementares

RAIO-X

ULTRA-SON

LTC

SANGUE

URINA

ECG

OUTROS:

PREScrição

① Nitroglipine 20mg comp. VC

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

② Dexametasona 2-5mg lmp. EV (lento)

③ Rofecoxib artic. sacrofemoral direita.

Hora

0

130/80

CONFERE COM ORIGINAL

Em 14/06/19

Ass.: Jelane R. Siqueira

Ambulatório

Observação (Alé 24h)

Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

Conduta

Alta por Decisão Médica

Alta a Podido

Alta a Revelia

Transferência para:

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

ÁREA DE SINISTROS - DPMT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Carimbo e Assinatura do Médico

17 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Av. Capitão João Soárez, 404 - Boa Vista - RR

