

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2722334220200522155800

Processo 0832991-86.2019.8.23.0010 ☆ - (219 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 4847 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
<div>Resizes</div> <div>Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência</div> <div>Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória</div> <div>Filtros</div> <div>Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor Público <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor</div> <div>Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/></div> <div>Descrição: <input type="text"/></div>					
39 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 39					500 por pág. 1
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
39	22/05/2020 15:58:00	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO		
		Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (30/04/2020)	Procurador		
		39.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2660283IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIAL01.pdf	Público
		39.2 Arquivo: Anexo 2	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2660283IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALAnexo02.pdf	Público
38	11/05/2020 00:05:40	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA	SISTEMA CNJ		
		(Pelo advogado/curador/defensor de SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA) em 11/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 34) JUNTADA DE LAUDO (30/04/2020) e ao evento de expedição seq. 35.			
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA			
37	04/05/2020 14:47:29	(Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 04/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 34) JUNTADA DE LAUDO (30/04/2020) e ao evento de expedição seq. 36.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO		
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO	Procurador		
		Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 34) JUNTADA DE LAUDO (30/04/2020)			
36	30/04/2020 14:45:11	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO	DIEGO MARCELO DA SILVA		
		Para advogados/curador/defensor de SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 34) JUNTADA DE LAUDO (30/04/2020)	Analista Judiciário		
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			
35	30/04/2020 14:45:11	Para advogados/curador/defensor de SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 34) JUNTADA DE LAUDO (30/04/2020)	DIEGO MARCELO DA SILVA		
		JUNTADA DE LAUDO	Analista Judiciário		
		Cumprimento de intimação - Referente ao evento HABILITAÇÃO PROVISÓRIA (06/03/2020)	DIEGO MARCELO DA SILVA		
34	30/04/2020 14:44:24	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA	Analista Judiciário		
		(Pelo Perito FERNANDO BERNARDO DE OLIVEIRA(Leitura automática em 16/04/2020 às 23:59)) em 04/05/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 31) HABILITAÇÃO PROVISÓRIA (06/03/2020) e ao evento de expedição seq. 32.	SISTEMA CNJ		
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			
32	06/04/2020 10:02:36	Para Perito FERNANDO BERNARDO DE OLIVEIRA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento HABILITAÇÃO PROVISÓRIA (06/03/2020)	DIEGO MARCELO DA SILVA		
		HABILITAÇÃO PROVISÓRIA	Analista Judiciário		
		Perito Oficial: FERNANDO BERNARDO DE OLIVEIRA habilitado até 04/06/2020 (90 dias)	DIEGO MARCELO DA SILVA		
31	06/03/2020 15:47:07	DECORRIDO PRAZO DE SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA	Analista Judiciário		
		(P/ advgs. de SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA *Referente ao evento (seq. 13) JUNTADA DE CERTIDÃO (11/12/2019) e ao evento de expedição seq. 14.			
		RENÚNCIA DE PRAZO DE SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA			
29	30/01/2020 09:13:21	Referente ao evento JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020)	Igor Gustavo Macambira Dias		
		LEITURA DE MANDADO REALIZADA	Advogado		
		MANDADO lido em 24/01/2020 - Referente ao evento de expedição (seq. 24) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (15/01/2020 15:46:11). Parte: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA	EGILAINE SILVA DE CARVALHO		
28	27/01/2020 11:07:54	RETORNO DE MANDADO	Analista Judiciária		
		Referente ao evento (seq. 24) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (15/01/2020 15:46:11). Parte: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA			
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA			
27	24/01/2020 18:15:30	(Pelo advogado/curador/defensor de SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA) em 23/01/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 19) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020) e ao evento de expedição seq. 21.	HELLEN KELLEN MATOS LIMA		
		REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO	Oficial de Justiça		
		Distribuição realizada referente ao Mandado expedido (seq. 24) em 15/01/2020 15:46:11. Tipo: Distribuição Inicial Automática. Oficial de Justiça Designado: HELLEN KELLEN MATOS LIMA. Parte: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA	Greiciane Jin		
25	16/01/2020 16:49:20	EXPEDIÇÃO DE MANDADO	Servidora Central de Mandados		
		Referente ao evento (seq. 19) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO(13/01/2020 09:56:24). Natureza: Intimação. Parte: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA. Identificador do Cumprimento: 0002	DIEGO MARCELO DA SILVA		
		JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	Analista Judiciário		
23	14/01/2020 11:32:41	Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO		
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA	Procurador		
		(Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 21/01/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 19) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020) e ao evento de expedição seq. 20.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO		
22	13/01/2020 15:57:23	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO	Procurador		
		Para advogados/curador/defensor de SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 19) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020)			
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			
21	13/01/2020 09:56:26	Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 19) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020)	Adahra Catharinie Reis Menezes		
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO	Analista Judiciária		
		Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 19) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020)	Adahra Catharinie Reis Menezes		
20	13/01/2020 09:56:26	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO	Analista Judiciária		
		Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 19) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (13/01/2020)			
		JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO	Adahra Catharinie Reis Menezes		



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08329918620198230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Conforme observado nos documentos médicos apresentados nos autos, os mesmos são inconclusivos, incapazes de comprovar qualquer acompanhamento ou tratamento médico que ateste a invalidez permanente aduzida pelo autor.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.


Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

DO LAUDO PERICIAL

DA AUSÊNCIA DE INVALIDEZ E DE AGRAVAMENTO DAS LESÕES

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora alega ter adquirido lesões decorrentes do acidente aludido no ombro esquerdo, todavia, em sede administrativa não foi apurada a presença de qualquer sequela, conforme demonstrado abaixo:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190332618	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA	Data do acidente: 05/10/2018	Seguradora: MBM SEGURADORA S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 07/06/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. (P1 P2)				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA.				
Sequelae permanentes:				
Sequelae: Sem sequela				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelae:				
Documentos complementares:				
Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.				
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
		Total	0 %	R\$ 0,00

Após o deferimento de exame pericial médico, o ilustre expert apurou a presença de lesão no ombro esquerdo em grau leve (25%).

Assim a ré impugna o ilustre laudo quanto à presença de sequelae no ombro esquerdo, tendo em vista que, anteriormente, em sede administrativa, foi apurada a ausência de sequelae no segmento.

Ora, Exa., não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agregar lesão à parte autora, haja vista que, conforme avaliado administrativamente, o ombro esquerdo não possuía sequelas permanentes.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

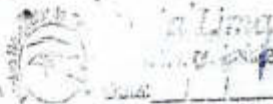
Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de invalidez permanente, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 19 de maio de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308



Vista

1801018274		05/10/2018 09:11:05		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		12	
Paciente				Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA				02/01/1987		31 A 9 M 3 D		165992411320003		Prontuário	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor Data Emissão		Sexo		Estado Civil		Raça/Cor	
IDENTIDADE		3074722		SSP/RR 26/09/2003		F		UNIAO		PARDA	
Mãe		VALDENICE LIBORIO MARTINS		Tipo de Chegada		ESTAVEL		Naturalidade		MANAUS - AM	
Endereço		- JOSE ARRUDA DE LIMA - 121 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR		Contato		(95) 99126-6888		Nacionalidade		BRASILEIRA	
				Ocupação		NÃO INFORMADA					
Class. de Risco		Plano Convênio		N° da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA									
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por:			
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL						MARCIO.SILVA			
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> 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)											
Paciente em tratamento com...											
Exame Físico											
Paciente em boas condições...											
Hipótese Diagnóstica											
Possível trauma...											
SADT - Exames Complementares											
<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:											
PRESCRIÇÃO											
Prescrição de medicamentos...											
OBSERVAÇÃO											
Observação do paciente...											
Conclusão											
Alta por Decisão Médica...											
Data e Hora da Saída/Alta:											
óbito											
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica											
Assinatura do Paciente ou Responsável											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Impresso por: marcio,silva											
Data Hora: 05/10/2018 09:13:11											
20 MAIO 2019											
1801018274											



NOME: Suzimara Martins De Oliveira SEXO: F IDADE:
Localidade: PAAR Data de nascimento:
DATA DO EXAME: 22-10-18
MÉDICO SOLICITANTE:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Protocolo

Exame realizado sem a injeção do meio de contraste.

Indicação:

TCE + tontura

Relatório

- Hipoatenuação frontal, bilateral, mais acentuado à direita, corticosubcortical sem efeito de massa significativo (contusão);
- Restante do parênquima encefálico sem particularidades de nota.
- Sulcos corticais e cisternas encefálicas com amplitudes habituais para a faixa etária.
- Sistema ventricular supratentorial de aspecto habitual
- Tronco cerebral e cerebelo com morfologia e atenuação preservados.
- Ausência de calcificações de aspecto patológico.
- Linha média sem desvios significativos.
- Ausência de coleções ou massas intra ou extra-axiais, respeitadas as limitações do método.

Boa Vista,
Data do relatório: 22/10/2018

Dr. Daniel Lopes Azevedo
Médico Esp Diag por Imagem
Titular do CBR CRM 1191/RR RQE-566

20 MAIO 2019

ESQUERDO

ZIMARA MARTINS OLIVEIRA

14428- 31 ANOS

10-2018 14:44:02

CLINICA COSME E SILVA



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1681

SAMU
192

UNIDADE:

EQUIPE:

Oliveira, Isaias

Paciente: Sebastião Martins de Oliveira Idade: 31 Sexo: A
 Nacionalidade: Brasileiro Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Estima []
 Endereço: Rua Manoel Bomfim de Silva Bairro: Centro

Nº 18683 DATA 05/10/18 HORA J/ 12:25 BASE 2 VIA () [] RÁDIO
 Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: Alisson HORA J/ 14:40 [] CELULAR

MOTIVO: ☒ SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NO LOCAL [] OUTRO

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () / 1 a 3 horas () / 4 a 24 horas () / Mais de 24 horas () / Não sabe ()

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLÊNCIA	OUTROS
<input type="checkbox"/> Capotamento	<input type="checkbox"/> Uso do cinto	<input type="checkbox"/> FAB	<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto
<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Vítila projetada	<input type="checkbox"/> FAF	<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox:
<input type="checkbox"/> Colisão AUTO x	<input type="checkbox"/> Vítila encarcerada	<input type="checkbox"/> Espancamento	<input type="checkbox"/> Acidente Doméstico
<input type="checkbox"/> Motorista	<input type="checkbox"/> Air Bag Acionado	<input type="checkbox"/> Violência Doméstica	<input type="checkbox"/> Queimadura Agente
<input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro	MOTOCICLETA / BICICLETA	<input type="checkbox"/> Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Afogamento
<input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro	<input type="checkbox"/> Colisão MOTO X <u>carro</u>	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Agressão p/ animal
PEDESTRE	<input type="checkbox"/> Queda de moto	<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Atropelamento		
<input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA	<input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta		
	<input type="checkbox"/> Piloto		
	<input checked="" type="checkbox"/> Garupa		

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AERÉAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
<input type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> AVON
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipnéia	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Midríase
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E
<input type="checkbox"/> Edema de Glote	<input type="checkbox"/> Roncos	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado
<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Sibilos	<input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> DNV
	<input type="checkbox"/> Respiração paradoxal	<input type="checkbox"/> Cianose de extremidade	

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR
Início <u>8:40</u>	<u>120 x 60</u>	<u>113</u>	<u>20</u>	<u>99</u>				
Fim <u>8:50</u>	<u>120 x 60</u>	<u>114</u>	<u>20</u>	<u>99</u>				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoco	Tórax	Abdome
<input type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Escoriação	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações
<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Tórax Instável	<input type="checkbox"/> Distensão
<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia	<input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Em tábua
<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Afundamento	<input type="checkbox"/> Luxação	<input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	<input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> Coloração
<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Fer. penetrante	<input type="checkbox"/> Mandíbula		<input type="checkbox"/> Empalamento	<input type="checkbox"/> Evisceração
<input type="checkbox"/> Cianótica					

Pelve	Coluna Dorsal	MMSS	MMII	QUEIMADURAS					
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão						
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações						
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Luxações						
<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações						
		<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Fratura						
		<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Amputação						

AVALIAÇÃO CARDÍACA

AFECÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA PEGRESSA

<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Infecçiosa	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> HAS	
<input type="checkbox"/> Flutter		<input type="checkbox"/> Cardíaca	<input type="checkbox"/> Obstrutiva		
		<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Outra		

GRAVIDADE:
COMPRIVABA

[] ILESO

[] PEQUENA

[] MÉDIA

[] SEVERA

[] LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA

Dr. Lael da Silva
Médico

Assinatura e Carimbo (Assinatura de Destino)

SAMU 192 5V

MULTIPLS MEIOS AÇIONADOS

ORIGIN

Em 01/11/18

OBSERVAÇÕES

Rubrica

☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento
☐ Não se encontrava no local
☐ Recusa de hospitalização
☐ Trote
☐ Bombeiro no local:

20 MAIO 2019

☐ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SMTRAN
☐ Bombeiro
☐ Outros:

[] Iniciada as: [] Término as:
☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso
☐ Obs.:

☐ Atendido no local
☒ Trauma HGR
☐ Pronto Atendimento
☐ Coronel Moia

☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS
☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA
☐ HMINSN

☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
☐ Hosp. Lotte Iris - HLI
☐ Outros

PERTENÇA DO PACIENTE

Descrição: _____

Nome do Receptor: _____

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

Declaro para os devidos fins que estou **recusando** o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

TERMO DE RECUSA

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

Perda de líquido: _____ BCF: _____

☐ Com cartão ☐ Sem cartão

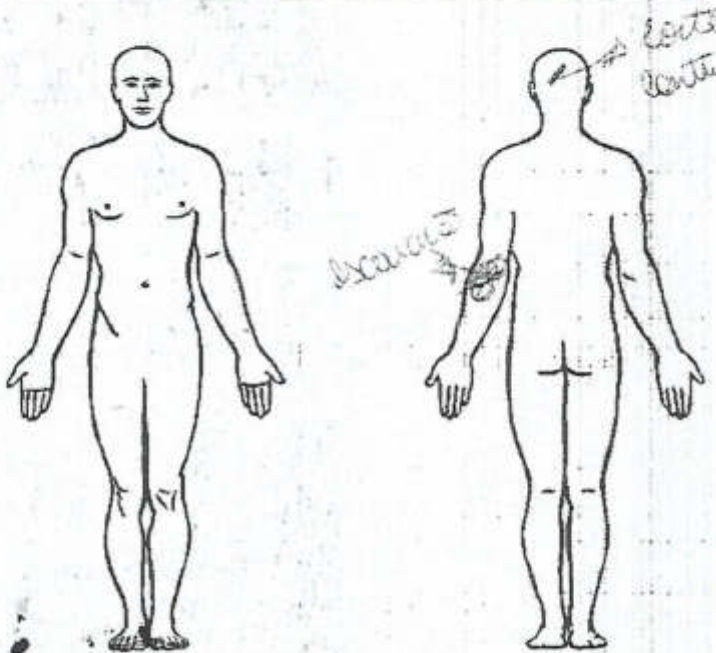
MATERIAL E MEDICAÇÃO

2 paus de curas
1 atadura 8 cm

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Olhos abertos previamente à estimulação	Espontânea	4
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ao Som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	A Pressão	2
Ausência espontânea de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Verbal		Pontos
Resposta articulada relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	4
Palavras incoerentes/inteligíveis	Palavras	3
Sons incoerentes	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora		Pontos
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	5
Elevação de mão acima do nível da clavícula ao estímulo de palavra ou piscar	Localizadora	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	3
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	Flexão anormal	2
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	1
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que afeta resposta motora	Não testável	NT

0 2 4 6 8 10

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



20 MAIO 2019

Feminino 31 anos, vítima de colisão entre veículos, oportunidade seu decubito dorsal, consciente, orientada para pessoa, apresentando contusão + 10 cm na região occipital + escoriações, realizadas pelo idoso, local + mancha. SSW positivos e sem comunicação do G+.

SAMU 192-BV
CONFERE COM ORIGINAL
Em 01/11/18
Stephanie
Rubrica

TAC Salomão Leite
0389831
COP-12

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA

POLEGAR DIREITO

Suzimara Martins de Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 307472-2

DATA DE EXPEDIÇÃO 28/09/2003

NOME SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

FUNÇÃO

MARCELEY RABELO DE OLIVEIRA

VALDENICE LIBORIO MARTINS

NACIONALIDADE MANAUS - AM

DATA DE NASCIMENTO 02/01/1987

CDC ORIGEM

CERTID. NASC. 01681 FILS. 152 LIV. A-107

CIRC. 01 3 OF. MANAUS - AM

22 VIA

CELEP

CELEP Nº 118 DE 2008/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

949.225.942-72

Nome

SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

Nascimento

02/01/1987

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

15 DE NOVEMBRO DE 1889

Cartão de uso pessoal e intransferível.

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

FEV/2005

CAIXA

20 MAIO 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE (ORG. EMISSOR)
 114807 SSP RR

CPF
 383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
 07/04/1978

FRAÇÃO
 JOSE SOUZA DE ASSUNCAO
 ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
 ACC
 CAT. HAB.
 AB

Nº REGISTRO
 01101912304

VALIDADE
 28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
 15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 BOA VISTA - ROPAIMA

DATA DE EMISSÃO
 30/01/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
 JOSÉ CARLOS KUBITSCHUK PEREIRA
 DIRETOR PRESIDENTE

92485240616
 RR207968020

DE TRAN. BR. (R. D. A. M. A.)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR
 980151096

20 MAIO 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190332618 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 05/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. (P1 P2)

Resultados terapêuticos: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO. (P3)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Suzimara Martins de Oliveira
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Apicultora
IDENTIDADE:	307472-2
ENDEREÇO:	Rua: José Amado de Lima N.º 11

OUTORGADO

NOME:	Ilair Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP / RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio Pinheiro Galvão, 1832, Curitiba

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT..

Boa Vista 26/11/2018

LOCAL E DATA



Suzimara Martins de Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO
 Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
 Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
 Av. Atalaia Teles, 4807 - Ara Branca - Boa Vista/RR
 Fone: (95) 8627-6126
 Zoficio@boa Vista.RR.cartorioaquino.com.br

6406650102406862
 Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
 SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

Em testemunho da verdade. BPO
 De que dou fé. Boa Vista/RR, 26 de novembro de 2018.
 Consulte o(s) selo(s) abaixo em: cidadeportal.com.br
 RECIR168295V14LK824FE4MD13/

Emolumentos: R\$ 2.39 Fundos ISS: R\$ 0.60 Total: R\$ 2.99

64.066

Marilene Maria Tavares da Silva
 Tabelião Substituta

20 MAIO 2019

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Suzimara Martins de Oliveira
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Apicultora
IDENTIDADE:	307472-2
ENDEREÇO:	Rua: José Amado de Lima N.º 11

OUTORGADO

NOME:	Ilair Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP / RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio Pinheiro Galvão, 1832, bunitis

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT..

Boa Vista 26/11/2018

LOCAL E DATA



Suzimara Martins de Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Atalaia Teles, 4807 - Ara Branca - Boa Vista/RR
Fone: (95) 8627-6126
Zeladoria: Daniela da Silva
6406650102406862
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA
Em testemunho da verdade. BPO
De que dou fé. Boa Vista/RR, 26 de novembro de 2018.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: cidadeportal.com.br
RECIR168295V14LK824FE4MD13 /
Emolumentos: R\$ 2.39 Fundos ISS: R\$ 0.60 Total: R\$ 2.99

20 MAIO 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0168304/19

Número do Sinistro: 3190332618

Vítima: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

CPF: 949.225.942-72

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/06/2019
Nome: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA
CPF: 949.225.942-72

SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/06/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190332618 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 05/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. (P1 P2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190332618

Vítima: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 05/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

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

Declaração do Proprietário do Veículo 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, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190332618

Vítima: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 05/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

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, 07 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190332618 Vítima: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 05/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002031/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/01/2019 10:15 Data/Hora Fim: 28/01/2019 10:37
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 28/01/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 05/10/2018 08:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rua Manoel Bonfin da Silva

Bairro: Pintolândia

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AM - Manaus Sexo: Feminino Nasc: 02/01/1987
Profissão: Agricultor Escolaridade: Ensino Superior Incompleto
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Vadenice Liborio Martins

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 307472-2
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 949.225.942-72

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Jose Arruda de Lima
Bairro: Dr. Silvio Botelho
Telefone: (95) 99176-7543 (Celular)

Nº: 121

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que se encontrava na garupa da MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN, PLACA NAZ 8109, CHASSI FINAL 7837, de propriedade de FELISBERTO LUCAS DE ANDRADE, conduzido por GILBSON ALVES DE MENDONÇA, quando uma MOTOCICLETA de PLACA e CONDUTOR não identificados avançou a preferencial vindo a colidir no lado direito da MOTOCICLETA conduzida pelo Senhor GILBSON vindo ambos a cair, em decorrência da queda a comunicante veio a sofrer lesão corporal. Informa ainda que foi conduzida ao HGR pelo SAMU para atendimento médico e que este registro é somente para fins de SEGURO DPVAT.

20 MAIO 2019



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 002031/2019

ASSINATURAS

Carlos Regis Cunha
Responsável pelo Atendimento

Suzimara Martins de Oliveira
(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."



20 MAIO 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

IP do sinistro ou ASL: 949.225.942-72 CPF da vítima: 949.225.942-72 Nome completo da vítima: Suzimara Martins de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E ENDEREÇO DE RESÍDUA PERMANENTE: ENDEREÇO: Rua José Augusto de Aguiar, nº 323, Casa 3, Bairro: Silvão Boletto, Cidade: Boqueirão, Estado: RR, CEP: 69.314-466, Tel. (DDD): (95) 98125-9637

Nome completo: Suzimara Martins de Oliveira

Profissão: Autônomo Endereço: Rua José Augusto de Aguiar, nº 323, Casa 3

Bairro: Silvão Boletto Cidade: Boqueirão Estado: RR CEP: 69.314-466

E-mail: lioi.rrr@hutm.in.gov.br Tel. (DDD): (95) 98125-9637

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

RENDIA MENSAL:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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 (304)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3905 CONTA: 14323 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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 (assinale 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) ☐ Divorçado ☐ 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 nascido (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 certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

Local e Data: Boqueirão - RR 16/05/19
Nome: Suzimara Martins de Oliveira
CPF: 949.225.942-72

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Suzimara Martins de Oliveira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308



Visto
em

1801018274		05/10/2018 09:11:06		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19		12	
Paciente SUZIMARA MARTINS DE OLIVEIRA				Data Nascimento 02/01/1987		Idade 31 A 9 M 3 D		CNS 165992411320003		CPF 00061885	
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento 3074722		Órgão Emissor SSP/RR		Data Emissão 26/09/2003		Sexo F		Estado Civil UNIAO	
Mão VALDENICE LIBORIO MARTINS		Endereço - JOSE ARRUDA DE LIMA - 121 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR		Ração/Cor PARDA		Naturalidade MANAUS - AM		Nacionalidade BRASILEIRA		Contato (95) 99126-6888	
Class. de Risco				Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		N° da Carteira		Validade		Autorização	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO				Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
Setor GRANDE TRAUMA				Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Registrado por: MARCIO.SILVA		Pressão	
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febri <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem								GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA -)h											
<p><i>paciente com TCE leve.</i></p> <p><i>MUO 4RD bilateral BNF 28 RCR.</i></p> <p><i>Exame Físico</i></p> <p><i>Do encefalopatia.</i></p> <p><i>Hipótese Diagnóstica</i></p> <p><i>Doença crônica de 48h (histórico) - importante avaliar</i></p> <p><i>Doença crônica de 48h (histórico) - importante avaliar</i></p>											
SADT - Exames Complementares											
<input checked="" type="checkbox"/> RAI-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:											
PRESCRIÇÃO								APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
<p><i>2 D. p. U. 1 g. 10</i></p> <p><i>2 D. p. U. 1 g. 10</i></p> <p><i>2 D. p. U. 1 g. 10</i></p>								<p>HOSPITAL Geral de Roraima</p> <p>Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N</p> <p>Novo Planalto Tel: (95) 3121-0620</p> <p>Novo Planalto</p> <p>11/10/2017</p> <p>Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital</p>			
Condução											
<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / /											
óbito											
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / /											
Assinatura do Paciente ou Responsável						Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: marcio.silva Data Hora: 05/10/2018 09:13:11						20 MAIO 2019					
<small>© 2018 HOSPITAL - Secretaria de Estado da Saúde Roraima - Roraima Roraima - Roraima</small>											



NOME: Suzimara Martins De Oliveira SEXO: F IDADE:
Localidade: PAAR Data de nascimento:
DATA DO EXAME: 22-10-18
MÉDICO SOLICITANTE:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Protocolo

Exame realizado sem a injeção do meio de contraste.

Indicação:

TCE + tontura

Relatório

- Hipoatenuação frontal, bilateral, mais acentuado à direita, corticosubcortical sem efeito de massa significativo (contusão);
- Restante do parênquima encefálico sem particularidades de nota.
- Sulcos corticais e cisternas encefálicas com amplitudes habituais para a faixa etária.
- Sistema ventricular supratentorial de aspecto habitual
- Tronco cerebral e cerebelo com morfologia e atenuação preservados.
- Ausência de calcificações de aspecto patológico.
- Linha média sem desvios significativos.
- Ausência de coleções ou massas intra ou extra-axiais, respeitadas as limitações do método.

Boa Vista,
Data do relatório: 22/10/2018

Dr. Daniel Lopes Azevedo
Médico Esp Diag por Imagem
Titular do CBR CRM 1191/RR RQE-566

20 MAIO 2019

ESQUERDO

ZIMARA MARTINS OLIVEIRA

14428- 31 ANOS

10-2018 14:44:02

CLINICA COSME E SILVA



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1681

SAMU
192

UNIDADE:

EQUIPE:

Oliveira, Isaias

Paciente: Sebastião Martins de Oliveira Idade: 31 Sexo: A
 Nacionalidade: Brasileiro Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Estia
 Endereço: Rua Manoel Bomfim de Silva Bairro: Centro

Nº 18683 DATA 05/10/18 HORA J/ 12:25 BASE 2 VIA () ☐ RÁDIO
 Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: Alisson HORA J/ 14:40 ☐ CELULAR

MOTIVO ☒ SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NO LOCAL [] OUTRO

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () / 1 a 3 horas () / 4 a 24 horas () / Mais de 24 horas () / Não sabe ()

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLÊNCIA	OUTROS
<input type="checkbox"/> Capotamento	<input type="checkbox"/> Uso do cinto	<input type="checkbox"/> FAB	<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto
<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Vítila projetada	<input type="checkbox"/> FAF	<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox:
<input type="checkbox"/> Colisão AUTO x	<input type="checkbox"/> Vítila encarcerada	<input type="checkbox"/> Espancamento	<input type="checkbox"/> Acidente Doméstico
<input type="checkbox"/> Motorista	<input type="checkbox"/> Air Bag Acionado	<input type="checkbox"/> Violência Doméstica	<input type="checkbox"/> Queimadura Agente
<input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro	MOTOCICLETA / BICICLETA	<input type="checkbox"/> Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Afogamento
<input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro	<input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO X <u>carro</u>	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Agressão p/ animal
PEDESTRE	<input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Com capacete	<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Sem capacete		
<input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA	<input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta		
	<input type="checkbox"/> Piloto		
	<input checked="" type="checkbox"/> Garupa		

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AERÉAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
<input type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> AVON <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipnéia	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Midriase
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E
<input type="checkbox"/> Edema de Glote	<input type="checkbox"/> Roncos	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado
<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Sibilos	<input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> DNV
	<input type="checkbox"/> Respiração paradoxal	<input type="checkbox"/> Cianose de extremidade	

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR
Início <u>8:40</u>	<u>120 x 60</u>	<u>113</u>	<u>20</u>	<u>99</u>				
Fim <u>8:50</u>	<u>120 x 60</u>	<u>114</u>	<u>20</u>	<u>99</u>				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoco	Tórax	Abdome
<input type="checkbox"/> Corada	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Escoriação	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações
<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Tórax Instável	<input type="checkbox"/> Distensão
<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia	<input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Em tábua
<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Afundamento	<input type="checkbox"/> Luxação	<input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	<input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> Coloração
<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Fer. penetrante	<input type="checkbox"/> Mandíbula		<input type="checkbox"/> Empalamento	<input type="checkbox"/> Evisceração
<input type="checkbox"/> Cianótica					

Pelve	Coluna Dorsal	MMSS	MMII	QUEIMADURAS					
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão						
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações						
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Luxações						
<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações						
		<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Fratura						
		<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Amputação						

AVALIAÇÃO CARDÍACA

AFECÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA PEGRESSA

<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Infecçiosa	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> HAS	
<input type="checkbox"/> Flutter		<input type="checkbox"/> Cardíaca	<input type="checkbox"/> Obstrutiva		
		<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Outra		

GRAVIDADE:
COMPRIVABA

[] ILESO

[] PEQUENA

[] MÉDIA

[] SEVERA

[] LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA

Dr. Lael da Silva
Médico

Assinatura e Carimbo (Assinatura de Destino)

SAMU 192 5V
MULTIPLS MEIOS AÇIONADOS

ORIGINAL

Em 01/11/18

OBSERVAÇÕES:
Rubrica

☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento
☐ Não se encontrava no local
☐ Recusa de hospitalização
☐ Trote
☐ Bombeiro no local:

20 MAIO 2019

☐ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SMTRAN
☐ Bombeiro
☐ Outros:

☐ Iniciada as: ☐ Término as:
☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso
☐ Obs.:

☐ Atendido no local
☒ Trauma HGR
☐ Pronto Atendimento
☐ Coronel Moia

☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS
☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA
☐ HMINSN

☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
☐ Hosp. Lotte Iris - HLI
☐ Outros

TERMO DE RECUSA

Descrição: _____

Nome do Receptor: _____

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

Declaro para os devidos fins que estou **recusando** o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

Perda de líquido: _____ BCF: _____

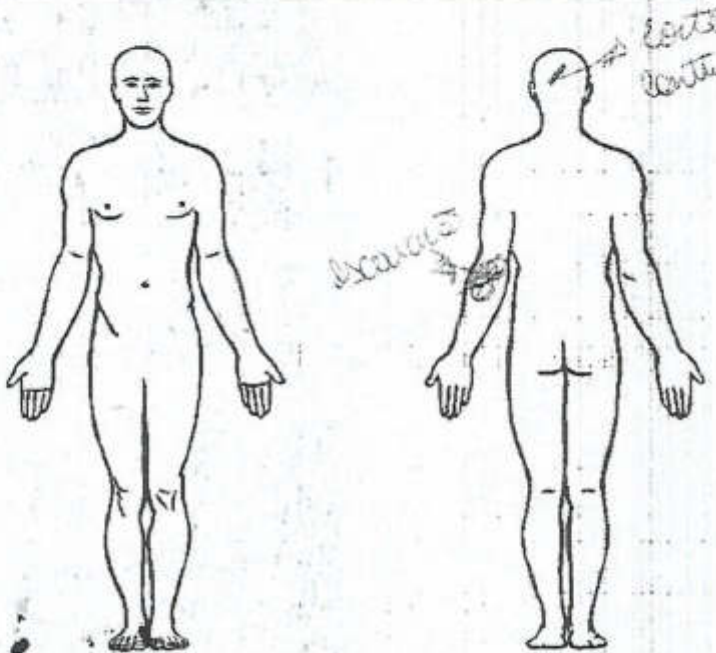
☐ Com cartão ☐ Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

2 paus de curas
1 atadura 8 cm

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Olhos abertos previamente à estimulação	Espontânea	4
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ao Som	3
Abertura ocular após em estimulação da extremidade dos dedos	A Pressão	2
Ausência espontânea de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Verbal		Pontos
Resposta articulada relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	4
Palavras incoerentes/inteligíveis	Palavras	3
Sons incoerentes	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora		Pontos
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	5
Elevação de mão acima do nível da clavícula ao estímulo de palavra ou piscar	Localizadora	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	3
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	Flexão anormal	2
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	1
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que afeta resposta motora	Não testável	NT

0 2 4 6 8 10



20 MAIO 2019

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Feminino 31 anos, vítima de colisão entre veículos, oportunidade seu decubito dorsal, consciente, orientada para o espaço, apresentando este contuso + 1 cm na região occipital + escoriações, realizadas pelo lado lateral + plancha. SSW positivos e sem comunicação do G+.

SAMU 192-BV
CONFERE COM ORIGINAL
Em 01/11/18
Stephanie
Rubrica

TAC Salomão Leite
0389831
COP 12

Eletrobras

Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0035393-0

Endereço: Distribuição Roraima

Av. Capitão Ezequiel, 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de imposto autônomo pela SEFAZ RR/MS

Nº da Nota Fiscal

001666235

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.435 de 26 de abril de 2002

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO 2018	06/11/2018	373	264,33

MARINETE ALVES

R. JOSE ARRUDA DE LIMA 121 DR. SILVIO BOTELHO

CPF: 00036481858372

CEP: 69.314-466 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.16.105500

DADOS DA LEITURA	DATA	VALOR	DADOS DA LEITURA	DATA
Atual:		16578	Atual:	19/10/2018
Anterior:		16205	Anterior:	19/09/2018
Constante de Multiplicação:		1,000	Próxima Leitura:	21/11/2018
Consumo Medido:		373	Emissão:	19/10/2018
Consumo Faturado:		373	Apresentação:	19/10/2018
Forma de Faturamento:				
	NORMAL			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Mês de Ativação
RESIDENCIAL	BT	1418005478	1415655	1-1-1-2	2014

HISTÓRICO KWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
SET/18	257	CONSUMO 373 A R\$ 0,569048 =	211,25
AGO/18	298	CORRECAO MONETARIA DA IL. PUBL	0,51
JUL/18	284	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)	7,68
JUN/18	314	MULTA POR ATRASO DE IL. PUBLIC	4,25
MAI/18	238	JUROS DE MORA POR ATRASO DE IL	1,09
ABR/18	271	MULTA POR ATRASO (2X)	6,34
MAR/18	297	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER	8,01
FEV/18	251	ILUMINACAO PUBLICA	23,70
JAN/18	191		
DEZ/17	300		

TARIFA DE TRIBUTOS
0 A 373 - 8,45670

MESSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Descrição
09/2018	170,60	Importância referente a despesa de faturamento de energia elétrica para o mês de 09/18, em função dos meses anteriores não pagos, com base na leitura de 16205.

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (FIEV) PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. LIGUE 08007019130 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 B 11 16 21 26.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA UNIDADE DE CÔNTO		IMPOSTOS E TRIBUTOS	
Contribuição	63,91	Base de Cálculo:	212,25
Energia:	102,22	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	36,08
Enargos:	4,25	Valor do PIS:	1,02
Tributos:		Valor do COFINS:	

ADICIONAIS DE CONTINUIDADE							
	DIC	FIC	DMC	DIC	FIC	DMC	DIC
Mes/Ano	Valor	Valor	Valor	Mes/Ano	Valor	Valor	Valor
Set/18	8,45	16,91	33,82	8,46	16,92	33,84	4,65
Out/18	3,75	10,00	1,21				

DISTRITO

ROT: 8.001.16.16.105500

Eletrobras
Distribuição Roraima

Endereço: Distribuição Roraima
Av. Capitão Ezequiel 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0035393-0

MÊS FATURADO

10/2018

Nº da Nota Fiscal:

264,33

VENCIMENTO

06/11/2018

001666235 FCM

83680000002 5 64330075000 4 00000000035 6 39301018008 0



SEQ.: 00123 UC: 0035393-0 DT. LEIT.: 19/10/2018 T. ENTR.: 07
LEITURA: 16578 NORMAL TOTAL: 264,33 CARGA: 015

**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: 2419388

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089153	02/2019	25-JAN-19 a 22-FEB-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
237	11-MAR-19	R\$ 229,20

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

20 MAIO 2019

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
1089153	02/2019	R\$ 229,20

836100000022.292000750003.000000001081.915302190052



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve 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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilseir Dinacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Suzimara Martins de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 949.225.942 / 72 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Suzimara M. de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 949.225.942 / 72 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso 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.

Endereço <u>Rua: Antonio Pinheiro Gabeão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Buxito</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309.209</u>
Email <u>ilseir@hotmai.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>99154-4282</u>

Boa Vista - RR, 23 de Abril de 2019
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

20 MAIO 2019

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Gilbson Alves de Mendonça
RG nº 199467, data de expedição 1/1/
Órgão SSP, portador do CPF nº 733.463.812-34, com
domicílio na cidade de Bea Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
José Arruda de Lima, nº 121,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Dizimara Martins de Oliveira cujo o condutor era
Gilbson Alves de Mendonça.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 125 FAN
Ano: 2008/2008
Placa: NAZ-8109
Chassi: 9C23030708 BR 217837
Data do Acidente: 05/10/2018
Local e Data: Bea Vista - RR

2º OFÍCIO

GILBSON ALVES DE MENDONÇA
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º Tabelionato de Notas de São Luís - MA

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de
VITÓRIA - GILBSON ALVES DE MENDONÇA

SÃO LUÍS, 10/05/2019. Emol+Ferc R\$4,40
Em test. da Verdade.

EVANGELISTA DE JESUS RIBEIRO
ESCREVENTE AUTORIZADA

CELSON

0000318265

20 Maio 2019

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Gilbson Alves de Mendonça,
RG nº 199467, data de expedição 1/1/,
Órgão SSP, portador do CPF nº 733.463.812-34, com
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
José Anacleto de Lima, nº 121,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Lizimara Martins de Oliveira cujo o condutor era
Gilbson Alves de Mendonça.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 125 FAN
Ano: 2008/2008
Placa: NAZ-8109
Chassi: 9C23030708 BR 217837
Data do Acidente: 05/10/2018
Local e Data: Boa Vista-RR

2º OFICIO

GILBSO ALVES DE MENDONÇA
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º Tabelionato de Notas de São Luis - MA

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de
VITÓRIO - GILBSO ALVES DE MENDONÇA

SÃO LUIS, 10/05/2019. Emol+Ferc R\$4,40
Em test. da Verdade.

EVANGELISTA DE JESUS RIBEIRO
ESCREVENTE AUTORIZADA

00003182654

20 MAIO 2019