



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do Seguro ou AS:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

097-316-572-15 ALEXANDRA KORSIMY DA SILVA

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

5 - Nome completo:

ALEXANDRA KORSIMY DA SILVA

7 - Profissão:

PROFESSORA

9 - Endereço:

Rua N.º 157

11 - Bairro:

Cidade Satélite - Boa Vista

12 - Cidade:

Boa Vista

15 - E-mail:

6 - CPF:

097-316572-15

8 - Nome:

157

10 - Complemento:

14 - CEP:

69.345-510

15 - Tel. (DDD):

95-99133-2793

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 4 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A R\$2.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR, CURADOR, TUTOR)

☐ CONTA POLPÂNICA (Somente para as seguintes opções. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora LIDER a praticar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/retorno do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, na instituição e banco, desde já e somente após a efetivação do crédito, a qualquer total da indenização recebida.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que não estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.242/74), direi ver com:

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

Solicito o pagamento de indenização do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, e apresentação de laudo do IML, concordando, desde já, em não apresentar análise médica posterior, caso necessário, e custos estatísticos, conforme o disposto na Lei 5.242/74.

Declaro que não estou impossibilitado de apresentar o laudo do IML com concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso necessário do meu pedido.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou viúva) ☐ Divorçado ☐ Recasado ☐ Viúva ☐ 24 - Data do casamento: ☐ 25 - Data da separação: ☐ 26 - Data da morte: ☐ 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: ☐

28 - Grávida Parentesco com vítima:

29 - Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

30 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: ☐

31 - Vítima: ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

34 - Vítima: ☐ Sim ☐ Não

35 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

36 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

37 - Vítima: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias que se apresentarem nesta condição, estando prima, vindo, de que qualquer renúncia ou declaração não vinculada poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 290 do Código Penal.

38 - 1ª Nome: ☐ CPF: ☐

39 - Nome legal de quem assina o pedido (a raga):

40 - CPF legal de quem assina o pedido (a raga):

41 - Assinatura de quem assina o pedido (a raga):

42 - 1ª Nome: ☐ CPF: ☐

Assinatura de testemunha

43 - 2ª Nome: ☐ CPF: ☐

Assinatura de testemunha

44 - Local e Data: ☐ Boa Vista - RR 28/11/19

45 - Assinatura de vítima/beneficiário (se for caso):

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

47 - Assinatura do Procurador (se houver):

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

49 - Assinatura do Procurador (se houver):



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº

0594

EQUIPE SAMU BV
BRAVO III

EQUIPE:

Téc: Tacimas
coord: OdilenePaciente: Alexsander Karoliny da Silva Idade: 30 Sexo: FNacionalidade: Brasileira Raça: Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia ☐Endereço: Rua D. Aparecido Bairro: Cidade SatéliteNº 5176 DATA 01/04/2019 HORA J/G: 10:24 BASE ☐ VIA ☐ ☐ RÁDIOMédico (a) Regulador (a): Drª Leidiama HORA J/G: 10:36 ☒ CELULARMOTIVO INICIAL: Moto x AnimalINÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ☒ 1 a 3 horas ☐ 4 a 24 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe ☐

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- ☒ Acidente de trânsito ☐ Urgência psiquiátrica ☐ Queimadura ☐ Urgência obstétrica
☐ Agressão física / espancamento ☐ Tentativa de suicídio ☐ Choque elétrico ☐ Transferência
☐ Agressão física - FAF ☐ Envenenamento ☐ Queda ☐ Exame complementar
☐ Agressão física - FAB ☐ Afogamento ☐ Urgência clínica ☐ Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
☐ Pedestre	☐ A pé	☐ Ônibus	☐ Capacete
☒ Condutor	☐ Automóvel	☐ Micro-ônibus	☐ Cintão de segurança
☐ Passageiro	☒ Motocicleta	☐ Ônibus	☐ Airbag
☐ Ignorado	☐ Bicicleta	☐ Micro-ônibus	☐ Assento para criança

AVALIAÇÃO INICIAL

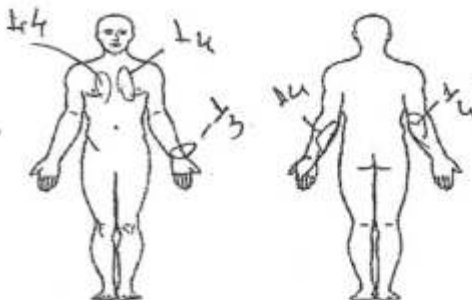
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
☒ Livre	☐ Apnéia	☐ Bradicárdico	☐ Miose
☐ Obstrução Parcial	☐ Dispnéia	☐ Enchimento capilar acima de 2"	☐ Midríase
☐ Obstrução Total	☐ Bradipnéia	☐ Pulso radial ausente	☐ Anisocoria ☐ D ☐ E
☐ Corpo estranho	☐ Taquipnéia	☐ Pulso central ausente	☐ Aparentemente Alcoolizado
☐ Outro:		☐ Cianose central ☐ Extremidade	☐ Agitação psicomotora

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"	Glasgow
Início <u>10:48</u>	<u>118 x 80</u>	<u>84</u>	<u>21</u>	<u>96</u>	<u>36</u>	<u>—</u>	<u>2</u>	<u>15</u>
Fim <u>11:08</u>	<u>108 x 70</u>	<u>71</u>	<u>—</u>	<u>98</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR
1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Laceração 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros	☒ Espontânea ☐ Ao comando 2 - À dor 1 - Sem resposta
	RESPOSTA VERBAL
	☒ Orientado ☐ Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta
	RESPOSTA MOTORA
	☒ Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta



AVALIAÇÃO CARDÍACA	AFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
☒ Ritmo Sinusal ☐ FV ☐ Taquicardia Sinusal ☐ TV ☐ Flutter Atrial ☐ AESP ☐ Fibrilação atrial ☐ Assistolia	☐ Neurológica ☐ Metabólica ☐ Respiratória ☐ Infecçosa ☐ Cardiovascular ☐ Digestiva	☐ Diabetes ☒ Alergias <u>espuma</u> ☐ Cardiopatia ☐ Outros ☒ HAS <u>Nega</u> ☒ Medicação de uso <u>Nega</u>

GRAVIDADE COMPROVADA	Pequena	Média	Severa	Nóbita
☐ Ileso ☐ Pequena ☒ Média ☐ Severa ☐ Nóbita				

Luiz Fernando Junges

Cirurgia Geral

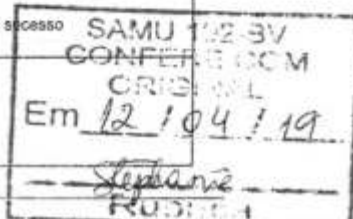
CRM RR 1583

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

INCIDENTES	MEIOS DE ATENDIMENTO
☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Hospitalização ☐ Não se encontrava no local ☐ Trote	☐ Polícia Militar ☒ Bombeiro ☐ Guarda Municipal ☒ Outros: <u>EMUR</u> ☐ SMTRAN

RCP: ☒ Iniciada às: 11:08 ☒ Término às: 11:10 ☐ RCP com sucesso ☒ RCP sem sucesso

DESTINO	Pol. Coema e Silva - PCCS	Hosp. Unimed
☐ Atendido no local ☐ Pol. Coema e Silva - PCCS ☐ Hosp. Unimed		
☒ Trauma HGR ☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA ☐ Hosp. Lotta Iris - HLI		
☐ Pronto Atendimento / HGR ☐ HMINSN ☐ Outros		



PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Bos Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	
	TESTEMUNHA 01:	RG: _____
	TESTEMUNHA 02:	RG: _____

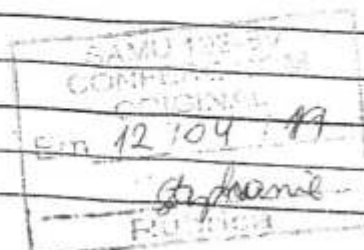
Idade Gestacional:		GESTANTE	
Perda de líquido:	☒ Movimentos fetais presentes	☐ Partes fetais na vulva	
BCF:	☐ Contrações entre 3-5 min.	☐ Com cartão da gestante	
	☐ Contrações com duração > 30s	☐ Sem cartão da gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☐ Monitorização cardíaca	☐ Imobilização de fraturas
☐ Cânula de Guegel	☐ Guia de introdução Bougie	☐ Colar cervical	☐ Curativos
☐ Cateter nasal: ____ L/min	☐ Cricotireostomia cirúrgica	☐ Headblock	☐ Parto vaginal
☐ Máscara facial: ____ L/min	☒ Oximetria	☒ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência
☐ Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	☐ Dreno de tórax	☒ Tirantes	☐ Imobilização de luxação
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☐ Outros:
☒ Acesso venoso Gelco n° ____	☒ Acesso venoso Scalp n° 19	☐ Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
Tilatil	40mg	EV	10:59
Água destilada	20ml	-	-

material
02 atadunx 10cm.
01 agulha 40x12

01 seringa 10ml
01 Scalp 19 / 02 Pares de luvas M, P

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS
À 10:24 a equipe foi acionada para uma ocorrência traumática (motorista cachorro) no local encontramos a vítima sendo assistida por populares em decúbito dorsal, consciente, orientado, sem capote, sinais vitais dentro dos padrões normais, feito abordagem primária constatando lesões fraturas na figura - comunicado ao médico regulador que tomou conhecimento do quadro clínico da vítima e autorizou fazer analgesia citada no quadro acima e encaminhá-la para o trauma.

Tacimar da Silva Pereira
Técnica em Enfermagem
COREN/RR 000637.5/2



Assinatura e carimbo do profissional

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000000059267-6

Nr. da Autenticação 6EFB4EB22814B777

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 6-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ 308/13

Nº da Nota Fiscal 4001927

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002. FCAM

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	01/12/2019	274	238,15

ANA ANGELY FIRMINO FONSECA DA SILVA
R. J 157 - CIDADE SATELITE
CEP: 69.317-510 - BOA VISTA
CPF: 00072729813420

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 13609	Atual: 11/11/2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 12735	Anterior: 14/10/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 29	Próxima leitura: 11/12/2019	Ligação: BIPOLICA
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 08/11/2019	Número Medidor: 13LDB05609
Consumo medido: 274	Apresentação: 11/11/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 274		Modalidade: 0 1419765

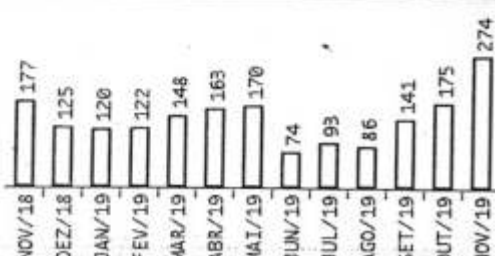
DESCRIÇÃO DA CONTA	274 A R\$ 0,777110 =	212,92
CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA		25,23

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 274 - R\$ 0,620000

Média 12 meses: 128

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 26/11/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
Mes/Ano Valor R\$
10/2019 171,12

PROCONTO RURAL. ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 08007019126 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ICMS:
Distribuição: 115,12	Tributos: 6,24	212,92	17,60%
Transmissão: 50,71	40,94		PIS: 0,37%
9,06			COFINS: 1,30%
			3,66

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC		DICMI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal		Mensal	
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99			
Realizado	0,00			0,00			0,00			
Conjunta	0,00			0,00			0,00			

FLORESTA 09/2019 46,26

RORAIMA ENERGIA
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0119410-0
MÊS FATURADO
11/2019
Nº da Nota Fiscal
4001927
TOTAL A PAGAR - R\$
238,15
VENCIMENTO
01/12/2019
FCAM*

83620000002 1 38150075000 9 00000000119 8 41001119008 0



SEQ.: 0229 UC: 0119410-0 DT.LEIT.: 11/11/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 13009 NORMAL TOTAL: 238,15 CARGA: C06
DT.VENC.: 01/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 4091



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

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

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

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

DIURNO 07-19 10

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

1901091749 01/04/2019 11:08:19

Paciente: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA

Data Nascimento: 04/09/1988 Idade: 30 A 6 M 27 D

CNS: 704802066723843 CPF: 99731657215

Prontuário: 10

Tipo Doc: Documento

Órgão Emissor: SSP/RR Data Emissão: 26/10/2001 Sexo: F

Estado Civil: SOLTEIRO(A) Raça/Cor: BRANCA

Naturalidade: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA

Mãe: MARIA JOSE DA SILVA

Contato: (95) 99136-2793

Ocupação: CUIDADOR

Endereço: RUA - JANDYRA LAGO - 256 - LIBERDADE - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal: Pressão:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento: URGÊNCIA

Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:

Setor: GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.: Registrado por: MICHELE.CAVALCANTE

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Queixa Principal:

Anamnese de Enfermagem

GSC
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

TOTAL

15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 11:40h) Paciente trazida pelo SAMU, com color cervical e em prancha rígida, vítima de colisão moto x cão; usava capacete; não perda de consciência, náusea, emese ou tontura. Queixa de dor em punho (E).

Exame Físico

① VAP, e color cervical. ② Espunha em RA, AR: MRF, e RA. Tot: 97% em RA.

③ Pulso cheios; FC: 88 bpm, PA: 120 x 80 mmHg. ④ ECG: IS, RFM (E).

Hipótese Diagnóstica ⑤ Punho ⑥ imobilizado. Exatizações em tórax anterior, mm sc.

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

- ALÉRGICA A D.P.R.O.A.

① Tenoxiclon 40mg (E) 11:15h

② Rx tórax / Punho (E).

Conduta

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

ORTOPEDIA

☐ Ambulatório
☐ Observação (até 24h)
☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: michele.cavalcante
Data Hora: 01/04/2019 11:09:05

Carimbo e Assinatura do Médico



1901091749

Frente apresentando
natureza de pessoa natural

CP: 000.000.000

1. nome: João Paulo

fechando sobre o nome
original.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICAS DE OUTUBRO
CARTÃO DE FREQUÊNCIA

DIAS	HORÁRIO
20/49	07:30

HAS	DM
—	—

DATA:	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
P.A.:						
Glicemia						
Carimbo do Profissional da enfermagem						
__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__

PROFISSIONAL: Francielle Duarte
PRONTUÁRIO Nº 14782 (2020/2021)
NOME: Alexandra Perceira IDADE: 30
CONTATO DIREÇÃO: 98404-9631
NECESSITA ACOMPANHANTE? () SIM (X) NÃO

DATA DA AVALIAÇÃO
03/06/19

AVALIAÇÃO MARCADA PARA:

Dia: 03/06/19

De: 08:00 h até 09:30 h

Dr (a): Dr. Alexandre

- Trazer cópia do CPF, RG, Cartão do SUS e Comprovante de Residência.
 - Trazer exames quando houver.
 - Trazer encaminhamento médico.
- Obs. Na falta de qualquer documento, não será atendido.



GOVERNO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO
SECRETARIA DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

RECUPERAÇÃO

➤ NO DIA DE SUA AVALIAÇÃO, É IMPORTANTE QUE VOCÊ PASSE PELO SERVIÇO SOCIAL.

➤ LEIA COM ATENÇÃO O TERMO DO COMPROMISSO QUANDO LHE FOR ENTREGUE DURANTE SUA AVALIAÇÃO.

➤ O FISIOTERAPEUTA ESTARÁ DE FÉRIAS NO PERÍODO DE

Atenção: Ler o termo

Dr. Alexandre

DATA: 03/06/19

Dr. Alexandre
Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA EM REABILITAÇÃO
Rua (Santos) Pinto 506 - Centro-Vara São JIM
CEL: 99.201-150 - DDD: 24.433-600001-99



RECEITUÁRIO

NOME

Alexandre Gomes de R.

Dr. Alexandre Gomes de R.

Dr. Gatoch

H. C. M.

13:00

AT: [Signature]

ASSINATURA E CARIMBO



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME: _____

Alessandro K. L.

Troca pl. havers

gentil

Patrick Rabelo José
Ortopedista e Traumatologista
CRM/RR 1383-RQE 164

DATA: ____/____/____

Assinatura a Caneta

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro-Um Vista RIT
CEI: 69.301-150 - CNPJ: 04.013.405/0001-99



GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL
PARAÍZENHA PATRIARCA DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME:

Clessandro

RECEITUÁRIO

FS + Análise E

FS + Análise de (C)

D. M.

DATA: 10/05/2011

ASSINADO POR:
MAYARA S. CARVALHO

CLÍNICA ESPECIALIZADA HOSPIZEL ABITA
Rua Coronel Pinho 536 - Centro - Rio de Janeiro
CEL: 60.301-150 - FAX: 60.301-151



EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



RECEITUÁRIO

NOME: ALESSANDRA CAROLINE DA SILVA

Uso Oral

④ Tenoxlon 2mg — oral
Tomar 2x 12/12h, até 3 dias

02

04

19

Itubo
30g

② Sulfadiazina de Prote — oral
aplicar 2x/die

Luiz Fernando Junges
Cirurgião Geral
CRM-RR 1563

DATA 02/04/29

ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0611

GOVERNO
DO POVO



GOVERNO DO RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: _____

RECEITUÁRIO

16/05/19 - 134


Patrick Rabelo José
Ortopedista e Traumatologista
CRM/RR 1383-RQE 164

DATA: ____/____/____

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinho, 836 - Centro das Vistas RR
CEP: 69.301-150 - CNPJ 84.013.403/0001-20



GOVERNO DO BRASIL
MINISTÉRIO DA PATRIARCA DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE SAÚDE

Nome: Alexandre R. de M. RECIBO

Unidade

1. Bicicleta 150g 10g

Tom 14g 10g por 100g

2. Prednisona 20g 5g

Tom 14g 10g por 50g

DATA: _____

CLÍNICA ESPECIALIZADA ORTOMELIA
Rua Cururu, 100 - Centro - Rio de Janeiro
CEP 20.000-000 - Fone: 24.64.0000

Dr. Marcos Aguiar
Médico Responsável
Ortopedia e Traumatologia
CRM RR 1985



GOVERNO DE RORAIMA
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA 05 DE OUTUBRO
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

RECEITUÁRIO

NOME:

Enconhecimento

① *pacote, Alexia A. de S. Lb.*
cl/ Fintex e mud de Mud. (R) noes-
rito + 12 nos de Prontex

① *Prontex: Voz Prontex*

DATA:

24.07.2015

Carlos Eduardo de C. Guerra
Ortopedia / Trauma-Acupuntura
CRM-RS 459

ASSINATURA E CARIMBO

Av. General Atalá de Telve nº 6459 - Bairro Nova Canaã
CEP. 69314-416 - Boa Vista - Roraima - Brasil
(0xx95) 3625-0794/3627-7196



E



ALESSANDRA KAROLYNE DA SILVA 5043

HOSPITAL CORONEL MOTA

16/05/2019

Marcos

89.1 %



E



ALESSANDRA KAROLYNA SILVA 4376

HOSPITAL CORONEL MOTA

02/05/2019

Fabiola Castro

57,1 %

E



X



69,7 %

, ALESSANDRA KARLINE DA SILVA

1/4/2019 14:43:48

69,7 %

1/4/2019 14:43:48

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

E



0.2%

1/4/2019 11:59:08

75.1%

1/4/2019 11:59:08

ALESSANDRA K. DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. QUEIMSON/ ED. ROSANGELA



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME:

RECEITUÁRIO

Alessandro Karine de silva

Laudos Médicos

Exames de saúde dentl @

em dias 01/02/19. Análise em
condições com apto p

6.0.0.0

02/05/19

DATA: / /

Patrick Rabelo José
Ortopedista e Traumatologista
CRM/RR 1383-RQE 164

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinho, 630 - Centro-Est. Vila RIT
CEI: 69.301-150 - CEP: 69.013-400/69.01-90

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 014246871318
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CÔD. RENAVAM 00161330045 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME
MARCELO FERREIRA FARIAS
RR

CPF / CNPJ 917.248.302-44 PLACA NAW4648

PLACA ANT / UF CHASSI 9C2KC16309R009985

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/C6150 TITAN MIXED ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CAP / POT / CIL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE AZUL

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1º *****
2º *****
3º *****

FAIXA LPVA. PARCELAMENTO / COTAS
** PAGO COTA ÚNICA **

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
R\$0.32 R\$84.58 21/11/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR DA A
MAZ OCIDLACRE 00161330045-7 RR *

Igo Gomes Brasil
Diretor Presidente

BOA VISTA-RR DETRAN-RR DATA 27/11/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

RR Nº 014246871318 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 27/11/2019

VIA 01 CPF / CNPJ 917.248.302-44 PLACA NAW4648

RENAVAM 00161330045 MARCA / MODELO HONDA/C6150 TITAN MIXED

ANO FAB. 2009 CAT. TARG. Nº CHASSI 9C2KC16309R009985

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$36.05 R\$4.01 R\$40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL GERADO PELO SEGURO (R\$)
R\$4.15 R\$0.32 R\$84.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 21/11/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

562806

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0422108/19

Vítima: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA

CPF: 997.316.572-15

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/04/2019

Titular do CPF: ALESSANDRA KAROLINY
DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA : 997.316.572-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/11/2019
Nome: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA
CPF: 997.316.572-15

ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190664957 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA **Data do acidente:** 01/04/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190664957 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA **Data do acidente:** 01/04/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0422108/19

Vítima: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA

CPF: 997.316.572-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/04/2019

Titular do CPF: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA : 997.316.572-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/11/2019
Nome: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA
CPF: 997.316.572-15

ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664957

Vítima: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA

Data do Acidente: 01/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA

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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664957

Vítima: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA

Data do Acidente: 01/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000004263-3**

Conta: **0000059267-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:
997-316-572-15 Alessandra Koraliny 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: Alessandra Koraliny da Silva 6 - CPF: 997-316572-15
7 - Profissão: Professora 8 - Endereço: Rua J Nº: 157 9 - Número: 157 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cidade Satélite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-510
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 95-99133-2793

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:

☒ RECURSO 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)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 4263-3 CONTA: 59.267-6
(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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (val 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 digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 28/11/19

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: 042133/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/11/2019 09:36

Data/Hora Fim: 28/11/2019 09:52

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 01/04/2019 10:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: DOM APARECIDO JOSÉ DIAS

Bairro: Cidade Satélite

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALESSANDRA KAROLINY DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Feminino

Nasc: 04/09/1988

Profissão: Professor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria José da Silva

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA J

Bairro: CIDADE SATELITE

Nº: 157

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 917.248.302-44

Renavam 00161330045

Número do Chassi 9C2KC16309R009985

Cor AZUL

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/CG150 TITAN MIXESD

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 24/11/2016

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAW4648

Número do Motor KC16E39009985

Ano/Modelo Fabricação 2009/2009

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/CG150 TITAN MIXESD

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Alessandra Karoliny da Silva

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITO, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRACITADA PELA AV. DOM APARECIDO JOSÉ DIAS, SENTIDO RR-



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 28/11/2019 09:53
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: 042133/2019

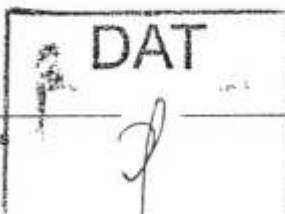
205 > BAIRRO, QUANDO NAS PROXIMIDADES DA PRAÇA PRINCIPAL, UM CACHORRO SUBITAMENTE ATRAVESSOU A FRENTE DA REFERIDA COMUNICANTE, QUE NÃO TEVE COMO DESVIAR E ACABOU ABALROANDO NO ANIMAL E CAINDO. QUE COM O ACIDENTE SOFREU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO O PUNHO ESQUERDO. QUE FOI SOCORRIDA AO HOSPITAL PELO SAMU. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves

Agente de Polícia
Matrícula 042000369

Responsável pelo Atendimento



Alessandra Karoliny da Silva

(Vítima / Comunicante)

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