

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:
2654673420200305161100

Processo 0803981-60.2020.8.23.0010 ☆ - (27 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Pendências

Audiência: Há Audiência de Conciliação em aberto marcada para 14 de abril de 2020 às 10:20:00
Intimações aguardando cumprimento: Ver Intimação Evento de 27/02/2020 - Prazo até 14/04/2020: AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA
Cumprir Prazo

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

23 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 23

500 por pág.

1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RJ

Processo: 08039816020208230010

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GLORIA CRISTINA MARTINS NOJOSA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **10/09/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 28/09/2018.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC¹.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS MÉDICOS CONCLUSIVOS

A Lei que regula a indenização pleiteado pelo Autor é a Lei n.º 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92 e 11.482/07. Estas leis determinam que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

¹“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

O autor apresentou sua tese de maneira simplista, pois segundo ela, bastaria informar ao juízo que a fora acometida de acidente automobilístico e sofre com dores em decorrência do sinistro.

Em contrapartida, verifica-se na presente demanda que não há qualquer documento corroborando a suposta invalidez permanente, o autor não demonstra qualquer tratamento médico ou qualquer acompanhamento, fisioterapia o qual atestasse que o membro não exerceria a função da mesma forma natural.

Desta forma, sempre que um problema jurídico vai ter na indagação ou na pesquisa da causa, desponta a sua complexidade maior.

Mesmo que haja culpa e dano, não existe obrigação de reparar, se entre ambos não se estabelecer a relação causal.

Portanto, como não há nexos causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, I, da Lei Processual Civil.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

² RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

³ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁴.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁵

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Súmula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

⁴“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵ **art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 12 de fevereiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-pentoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **GLORIA CRISTINA MARTINS NOJOSA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08039816020208230010.

Rio de Janeiro, 12 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

HGR
Incorporated
the Machinery

<http://10.102.5.252:8888/IS4/IS4//2F6F21EC-5017-4D3F-8AB2-7291D59E4952.html>

Odontologia Dr. Brinilla

Principais patologias, sintomas
e sinais de apresentação de
trauma em criança + T2 (C).

As traumas são:

It of T2 (C) em crianças incluem
passagem no T2 consensual.

com: imaturidade + ausência de dentes
+ osteoporose + sangramento.

Retorno ao trauma de
avulsão.

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1517/RR



26 SET. 2019



FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: BRAVO 5 EQUIPE:

Paciente: Gloria Cristine Martins Idade 23 Sexo ☐ M ☒ F
Nacionalidade: Brazileira Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia
Endereço: Rua Aruanã - Jacatuba
Ponto de referência:

CHAMADA	Nº da Ocorrência: <u>16.970</u>	DATA: <u>10/09/18</u>	ACIONAMENTO: <u>11:02</u>																										
	Médico (a) Regulador (a): <u>Alison</u>	HORA CHEGADA NO LOCAL (J/H):																											
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)	MOTIVO: ☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA HOSPITALAR ☐ APOIO ☐ OUTROS																												
	MECANISMO DE TRAUMA																												
	<table border="1"> <tr> <th>AUTOMÓVEL</th> <th>MOTO/BICICLETA</th> <th>VIOLÊNCIA</th> <th>OUTROS</th> </tr> <tr> <td> ☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão X ☐ Motorista ☐ Passageiro Dianteiro ☐ Passageiro Traseiro </td> <td> ☐ Uso do cinto ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Vítima projetada ☐ Vítima encarcerada ☐ Air Bag ☐ Acidente com moto X ☐ Queda de moto ☐ Bicicleta ☐ queda de Bicicleta </td> <td> ☐ Agressão Física ☐ Espancamento ☐ FAB ☐ FAF ☐ Tentativa de suicídio ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual </td> <td> ☐ Acidente de Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Alt. Aprox. ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ anm ☐ Outros </td> </tr> </table>			AUTOMÓVEL	MOTO/BICICLETA	VIOLÊNCIA	OUTROS	☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão X ☐ Motorista ☐ Passageiro Dianteiro ☐ Passageiro Traseiro	☐ Uso do cinto ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Vítima projetada ☐ Vítima encarcerada ☐ Air Bag ☐ Acidente com moto X ☐ Queda de moto ☐ Bicicleta ☐ queda de Bicicleta	☐ Agressão Física ☐ Espancamento ☐ FAB ☐ FAF ☐ Tentativa de suicídio ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual	☐ Acidente de Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Alt. Aprox. ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ anm ☐ Outros																		
	AUTOMÓVEL	MOTO/BICICLETA	VIOLÊNCIA	OUTROS																									
	☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão X ☐ Motorista ☐ Passageiro Dianteiro ☐ Passageiro Traseiro	☐ Uso do cinto ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Vítima projetada ☐ Vítima encarcerada ☐ Air Bag ☐ Acidente com moto X ☐ Queda de moto ☐ Bicicleta ☐ queda de Bicicleta	☐ Agressão Física ☐ Espancamento ☐ FAB ☐ FAF ☐ Tentativa de suicídio ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual	☐ Acidente de Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Alt. Aprox. ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ anm ☐ Outros																									
	AVALIAÇÃO INICIAL																												
	<table border="1"> <tr> <th>Vias Aéreas</th> <th>Ventilação</th> <th>Circulação</th> <th>Aval Neurológica</th> </tr> <tr> <td> ☐ Apnéia ☐ Bradpneia ☐ Dispneia ☐ Eupneico ☐ Obstruída ☐ Resp. Ruidosa ☐ Taquipnéia </td> <td> ☐ Abolida ☐ Fenda Aspirativa ☐ Hipertimpanismo ☐ M.V. Ausente ☐ M.V. Diminuído ☐ Maciez </td> <td> ☐ Arritmico ☐ Ausente ☐ Bradicardia ☐ Enchimento capilar > 2s ☐ Taquicardia </td> <td> ☐ AVDN ☐ DNV ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ Alcoolizado </td> </tr> </table>			Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval Neurológica	☐ Apnéia ☐ Bradpneia ☐ Dispneia ☐ Eupneico ☐ Obstruída ☐ Resp. Ruidosa ☐ Taquipnéia	☐ Abolida ☐ Fenda Aspirativa ☐ Hipertimpanismo ☐ M.V. Ausente ☐ M.V. Diminuído ☐ Maciez	☐ Arritmico ☐ Ausente ☐ Bradicardia ☐ Enchimento capilar > 2s ☐ Taquicardia	☐ AVDN ☐ DNV ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ Alcoolizado																		
	Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval Neurológica																									
	☐ Apnéia ☐ Bradpneia ☐ Dispneia ☐ Eupneico ☐ Obstruída ☐ Resp. Ruidosa ☐ Taquipnéia	☐ Abolida ☐ Fenda Aspirativa ☐ Hipertimpanismo ☐ M.V. Ausente ☐ M.V. Diminuído ☐ Maciez	☐ Arritmico ☐ Ausente ☐ Bradicardia ☐ Enchimento capilar > 2s ☐ Taquicardia	☐ AVDN ☐ DNV ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ Alcoolizado																									
	SINAIS VITAIS E ESCORES																												
<table border="1"> <tr> <th>Hora</th> <th>P.A mm/hg</th> <th>F.C bpm</th> <th>F.R Mpm</th> <th>Sat O₂ %</th> <th>Temp. °C</th> <th>Esc. visual anal. EVA "DOR"</th> <th>Glicemia</th> <th>APGAR</th> </tr> <tr> <td>Início</td> <td>:</td> <td><u>1</u></td> <td><u>37</u></td> <td><u>18</u></td> <td><u>100</u></td> <td><u>9</u></td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Fim</td> <td>:</td> <td><u>1</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	Temp. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR	Início	:	<u>1</u>	<u>37</u>	<u>18</u>	<u>100</u>	<u>9</u>	-	-	Fim	:	<u>1</u>						
Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	Temp. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR																					
Início	:	<u>1</u>	<u>37</u>	<u>18</u>	<u>100</u>	<u>9</u>	-	-																					
Fim	:	<u>1</u>																											
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vituária)	AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA																												
	<table border="1"> <tr> <th>Pele</th> <th>Cabeça</th> <th>Face</th> <th>Pescoço</th> <th>Tórax</th> <th>Abdome</th> </tr> <tr> <td> ☐ Cianótica ☒ Corada ☐ Fria ☐ Pálida ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca </td> <td> ☐ Afundamento ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Fer. Penetrante ☐ Hematoma ☐ Laceração </td> <td> ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular </td> <td> ☐ Desvio da traqueia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo ☐ Escoriações ☐ Hematoma ☐ Lacerações </td> <td> ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento ☐ Tórax Instável </td> <td> ☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Em tabua ☐ Escoriações ☐ Evisceração ☐ Lacerações </td> </tr> </table>			Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome	☐ Cianótica ☒ Corada ☐ Fria ☐ Pálida ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca	☐ Afundamento ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Fer. Penetrante ☐ Hematoma ☐ Laceração	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular	☐ Desvio da traqueia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo ☐ Escoriações ☐ Hematoma ☐ Lacerações	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento ☐ Tórax Instável	☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Em tabua ☐ Escoriações ☐ Evisceração ☐ Lacerações														
	Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome																							
	☐ Cianótica ☒ Corada ☐ Fria ☐ Pálida ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca	☐ Afundamento ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Fer. Penetrante ☐ Hematoma ☐ Laceração	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular	☐ Desvio da traqueia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo ☐ Escoriações ☐ Hematoma ☐ Lacerações	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento ☐ Tórax Instável	☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Em tabua ☐ Escoriações ☐ Evisceração ☐ Lacerações																							
	<table border="1"> <tr> <th>Pelve</th> <th>Coluna Dorsal</th> <th>Membros</th> </tr> <tr> <td> ☒ Contusão ☐ Escoriações ☒ Dor ☐ Instabilidade </td> <td> ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Deformidade </td> <td> ☒ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações </td> </tr> </table>			Pelve	Coluna Dorsal	Membros	☒ Contusão ☐ Escoriações ☒ Dor ☐ Instabilidade	☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Deformidade	☒ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações																				
	Pelve	Coluna Dorsal	Membros																										
	☒ Contusão ☐ Escoriações ☒ Dor ☐ Instabilidade	☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Deformidade	☒ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações																										
	<table border="1"> <tr> <th>AVALIAÇÃO CARDÍACA</th> <th>AFECÇÃO CLÍNICA</th> <th>HISTÓRIA PEGRESSA</th> </tr> <tr> <td> ☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filiter </td> <td> ☐ Cardiovascular ☐ Metabólica ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Respiratória </td> <td> ☐ Aborto ☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica </td> </tr> </table>			AVALIAÇÃO CARDÍACA	AFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA	☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filiter	☐ Cardiovascular ☐ Metabólica ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Respiratória	☐ Aborto ☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica																				
	AVALIAÇÃO CARDÍACA	AFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA																										
	☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filiter	☐ Cardiovascular ☐ Metabólica ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Respiratória	☐ Aborto ☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica																										
<table border="1"> <tr> <th>GRAVIDADE COMPROVADA</th> <th>MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS</th> </tr> <tr> <td> ☐ ILESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ ÓBITO ☐ INDETERMINADA </td> <td> ☐ Polícia Militar ☐ SMTRAN ☐ PRF </td> </tr> </table>			GRAVIDADE COMPROVADA	MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS	☐ ILESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ ÓBITO ☐ INDETERMINADA	☐ Polícia Militar ☐ SMTRAN ☐ PRF																							
GRAVIDADE COMPROVADA	MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS																												
☐ ILESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ ÓBITO ☐ INDETERMINADA	☐ Polícia Militar ☐ SMTRAN ☐ PRF																												
<table border="1"> <tr> <th>INCIDENTE</th> <th>MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS</th> </tr> <tr> <td> ☐ Cancelamento ☐ Não se encontrava no local ☐ Trole </td> <td> ☐ Recusa de Atendimento ☐ Recusa de hospitalização ☐ Bombeiro no local </td> </tr> </table>			INCIDENTE	MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS	☐ Cancelamento ☐ Não se encontrava no local ☐ Trole	☐ Recusa de Atendimento ☐ Recusa de hospitalização ☐ Bombeiro no local																							
INCIDENTE	MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS																												
☐ Cancelamento ☐ Não se encontrava no local ☐ Trole	☐ Recusa de Atendimento ☐ Recusa de hospitalização ☐ Bombeiro no local																												
<table border="1"> <tr> <th>RCP</th> <th>OBS:</th> </tr> <tr> <td> ☐ Iniciada as: : ☐ Término as: : </td> <td> ☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso </td> </tr> </table>			RCP	OBS:	☐ Iniciada as: : ☐ Término as: :	☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso																							
RCP	OBS:																												
☐ Iniciada as: : ☐ Término as: :	☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso																												
<table border="1"> <tr> <th>DESTINO</th> </tr> <tr> <td> ☐ Atendimento no local ☐ Próximo Atendimento - PAAR </td> </tr> </table>			DESTINO	☐ Atendimento no local ☐ Próximo Atendimento - PAAR																									
DESTINO																													
☐ Atendimento no local ☐ Próximo Atendimento - PAAR																													

26 SET. 2019

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro
(Unidade de Destino)

CONFERE COM O ONTOLOGO
Mara Carvalho Maia
Diretora Geral da Central de
Regulação das Urgências Médicas
CRUICQUE/SESAU

CIEPA ENT
NT
CE
DO
E

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/Boa Vista, nesta oportunidade.

Assinatura do Paciente

RG

GESTANTE

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

Perda de líquido: _____ BCF: _____

[] Com cartão [] Sem cartão

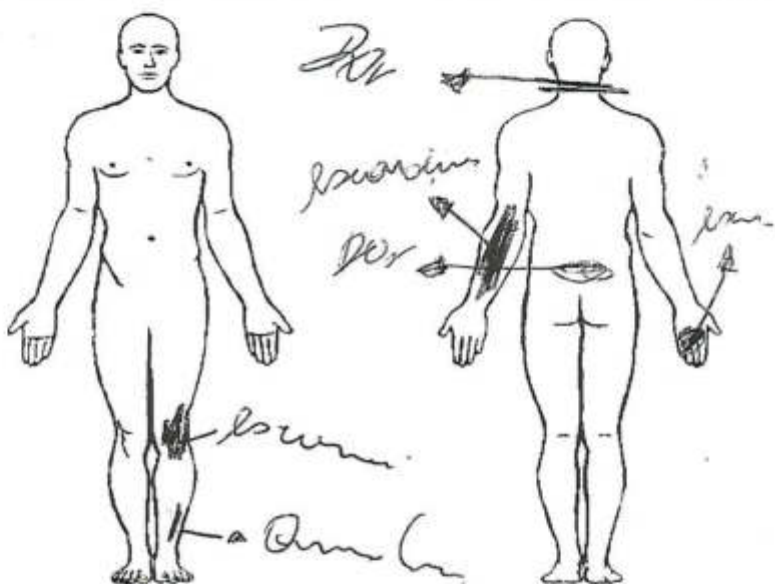
MATERIAL E MEDICAÇÃO

1 gelos 22. 1 grupo.
1 SFO, 1 l. Son
1 an p...
1 t... t...

1	Abertura Ocular (O)	Espontânea	4 pontos
		Estímulo verbal	3 pontos
		Estímulo doloroso	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto
2	Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	6 pontos
		Localiza dor	5 pontos
		Flexão normal (retrada)	4 pontos
		Flexão anormal (descorticação)	3 pontos
		Extensão (descerebração)	2 pontos
		Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3	Resposta Verbal (V)	Orientado	5 pontos
		Confuso	4 pontos
		Palavras inapropriadas	3 pontos
		Sons incompreensíveis	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto

TOTAL DE PONTOS

15



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Vítima de acidente de trânsito, vítima de trauma por queda de altura, com lesão na coluna cervical, apresentando dor no pescoço e dor no dorso. Foi encaminhado para o Hospital de Referência, onde foi admitido no Departamento de Radiologia. Foi realizado o exame de tomografia computadorizada da coluna cervical, que mostrou fratura de corpo de vertebra C6, com deslocamento anterior-posterior. Foi realizado o exame de ressonância magnética da coluna cervical, que mostrou lesão da medula espinhal em C6, com compressão da medula por fragmentos de osso. Foi realizado o exame de tomografia computadorizada da coluna torácica, que mostrou fratura de corpo de vertebra T12, com deslocamento anterior-posterior. Foi realizado o exame de ressonância magnética da coluna torácica, que mostrou lesão da medula espinhal em T12, com compressão da medula por fragmentos de osso. Foi realizado o exame de tomografia computadorizada da coluna lombar, que mostrou fratura de corpo de vertebra L5, com deslocamento anterior-posterior. Foi realizado o exame de ressonância magnética da coluna lombar, que mostrou lesão da medula espinhal em L5, com compressão da medula por fragmentos de osso.

26 SET, 2019

Maria Carvalhinho Maia
Diretora Geral da Central de
Regulação das Urgências Médicas
CRUIC/CGUE/SAU

**RORAIMA ENERGIA S.A.**

AV. CAPITAO ENE GARCEZ 691

CENTRO - BOA VISTA - RR - CEP: 69.301-160

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

Atendimento: 08007019120 www.roraimaenergia.com.br

Ouvidoria: 08000951152 (07h30min às 17h00min)

1. Tarifa de Uso de Energia Elétrica - TUEE: 1ª edição publicada nº 10.408, 29 de abril de 2002
 Nota Fiscal de Energia Elétrica - Série U - Nº 3608537
 Código de barras: 0269.76AA.5FC7.0583.F87C.B3D5.9E51.B9A3

VANUZA CRISTINA MARTINS
R. FRANCISCO A SILVA, 1881

ALVORADA -

CEP 69.317-286 - BOA VISTA - RR

CPF 382.155.782-68 RG 106428 SSP RR 16-08-89

Roteiro: 001.21.07.048300

Segunda Via

Para contato com a empresa,
informe este número

Código Único

0064716-0

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

Emissão	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias de Consumo	Apresentação	Mês Faturado	
06/09/2019	09/08/2019	09/09/2019	09/10/2019	31	09/09/2019	09/2019	
Cod. Fat	Classe/Subclasse	Ligação	Poste	Forma Faturamento	Motivo FD	Número FD	
1.1.1.2	Residencial Normal	Bifásica	N 14 19 321	Normal			
	Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Constante Fatur.	NPL	Cons. Medido	Cons. Faturado
Consumo	14EDB08449	31079	30637	1,00000	5	442	442

Histórico	kWh	Composição da Tarifa	Itens Faturados	Tar. sem impostos	Valor
08/2019	396		Consumo 442 kWh a 0,766106	0,634620	338,61
07/2019	412	TE (*)	Contribuição de Iluminação Pública (COSIP)		27,63
06/2019	348		Correção Monetária Da Il. Pública 05/19-00		0,09
05/2019	540	Encargos	Correção Monetária Iggm 05/19-00		7,03
04/2019	589	Tributos	Multa Por Atraso De Il. Pública 05/19-00		2,55
03/2019	587		Juros De Mora Por Atraso De Il. Pública 05/19-00		0,87
02/2019	477		Multa Por Atraso 05/19-00		8,32
01/2019	491		Juros De Mora De Importe / Serviços 05/19-00		12,90
12/2018	631				
11/2018	730				
10/2018					
09/2018					

Média
12 meses 520

Pis - 0,07
Cofins - 0,47

Indicadores de Continuidade: 07/2019					Contas em Débito				
Cj:	13 - DISTRITO	ELSD	R\$ 135,17		Mês/Ano	FD	Vencimento	Valor	
Meta	Mensal	Realizado	Trimestral	Anual	08/2019	0	01/09/2019	369,41	
DIC	8,85	0,00	17,70	35,40	06/2019	0	01/07/2019	326,79	
FIC	8,46	0,00	16,92	33,84					
DMIC	4,82	0,00	4,82	4,82					

Total de Conta(s) Pendente(s) R\$ 1.077,80

NOTIFICAÇÃO DE CONTA VENCIDA

As faturas ao lado relacionadas encontram-se sem quitação até esta data, sujeitando a suspensão de fornecimento de energia elétrica a essa unidade consumidora, conforme Art. 173 da Resolução ANEEL 414/2010. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do consumidor no SPC e SERASA. Caso já tenha efetuado o pagamento, desconsidere este aviso.

Mês/Ano	FD	Vencimento	Valor
08/2019	0	01/09/2019	369,41

=> Tensão Contratada - 220V Faixa Adequada - 200 a 231V

=> Ligue para 08007019120 e faça opção de vencimento de sua conta 1 6 11 16 21 26

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo 338,61 Aliquota 17,00 Valor do ICMS 57,56

Reservado ao Fisco

0269.76AA.5FC7.0583.F87C.B3D5.9E51.B9A3

Vencimento

Valor a Pagar

01/10/2019**R\$ 398,00**

RORAIMA ENERGIA S.A.

Facilite sua vida! Evite filas e multas! Autorize o
débito de sua conta de energia em sua conta bancária.
Código para débito automático: 0064716-0

UC 00647160 Mês Faturado 09/2019 No. FD 00 TC 6

Vencimento
01/10/2019

Valor a Pagar
R\$ 398,00

26 SET. 2019

83680000003 3 98000075000 3 00000000064 6 71600919006 8





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 INÁCIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

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

OBSERVAÇÕES

26 SET. 2019

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

autenticação mecânica

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/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.

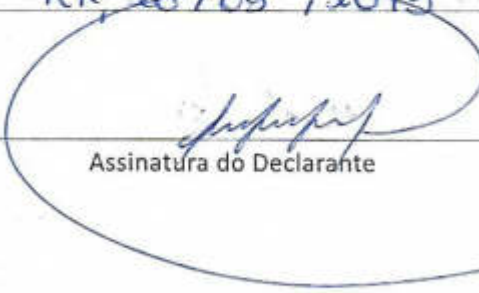
¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Flair Inácio de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051-51.2 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário:
Gloria Cristina Martins Noyosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.751.232-92,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gloria Cristina Martins Noyosa,
inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.751.232-92, 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.

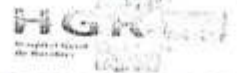
Endereço: <u>Rua: Antônio P. Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Baritis</u>	Cidade: <u>Bea Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILOIBRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95)98125-9538</u>

Local e Data: Bea Vista - RR, 26/09/2019


Assinatura do Declarante

26 SET. 2019

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



urg
Lixo
Dica

1801006882 10/09/2018 11:43:16 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 17

Paciente: GLÓRIA CRISTINA MARTINS NOJOSA
Data Nascimento: 17/06/1995 Idade: 23 A 2 M 23 D CNS: 898002774120812 CPF: 02075123292
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SSP/RR Data Emissão: 04/03/2010 Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO(A) Parda Raça/Cor: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA
Mãe: VANUZA CRISTINA MARTINS
Endereço: RUA - FRANCISCO ANACLETO DA SILVA - 1881 - ALVORADA - BOA VISTA - RR Contato: (95) 99121-2920
Ocupação: DO LAR

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal: Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão: Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL Procedimento Sol.: Registrado por: DANIEL VIANA

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

Anamnese de Enfermagem: GSC: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL:

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h): *Vítima de acidente de trânsito*
cl. por mo. que chutou o pé (c)

Exame Físico: *cl. por mo. que chutou o pé (c)*

Hipótese Diagnóstica: *cl. por mo. que chutou o pé (c)*

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) Dipirona 1g (c) 1200		
2) Paracetamol 400mg (c)		

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: ☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: *26 SET. 2019*

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico: *Márcio Freire*
Medico
CRM/RR 1613

Impresso por: daniel.viana
Data Hora: 10/09/2018 11:44:34
26 SET. 2019
1801006882

Odontologia Dr. Brinilla

Prévia pré-anestésica - 15 min
e Anestesia Associação de
Tubos em Gume + T22 (C).

Após tubos 1200 Previs.

T22 de T22 (C) em unid. 1200
Prévia no T22 Consolidação.

CR: imobilização + 1200 de unid.
+ 1200 de unid. + 1200 de unid.

Retorno ao T22 de T22
Anestesia.

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1517/RR



26 SET. 2019



FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: BRAVO 5 EQUIPE:

Paciente: Gloria Cristine Martins Idade 23 Sexo ☐ M ☒ F
Nacionalidade: Brazileira Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia
Endereço: Rua Aruanã - Jacatuba
Ponto de referência:

CHAMADA	Nº da Ocorrência: <u>16.970</u>	DATA: <u>10/09/18</u>	ACIONAMENTO: <u>11:02</u>																										
	Médico (a) Regulador (a): <u>Alison</u>	HORA CHEGADA NO LOCAL (J/H):																											
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)	MOTIVO: ☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA HOSPITALAR ☐ APOIO ☐ OUTROS																												
	MECANISMO DE TRAUMA																												
	<table border="1"> <tr> <th>AUTOMÓVEL</th> <th>MOTO/BICICLETA</th> <th>VIOLÊNCIA</th> <th>OUTROS</th> </tr> <tr> <td> ☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão X ☐ Motorista ☐ Passageiro Dianteiro ☐ Passageiro Traseiro </td> <td> ☐ Uso do cinto ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Vítima projetada ☐ Vítima encarcerada ☐ Air Bag ☐ Acidente com moto X ☐ Queda de moto ☐ Bicicleta ☐ queda de Bicicleta </td> <td> ☐ Agressão Física ☐ Espancamento ☐ FAB ☐ FAF ☐ Tentativa de suicídio ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual </td> <td> ☐ Acidente de Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Alt. Aprox. ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ anm ☐ Outros </td> </tr> </table>			AUTOMÓVEL	MOTO/BICICLETA	VIOLÊNCIA	OUTROS	☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão X ☐ Motorista ☐ Passageiro Dianteiro ☐ Passageiro Traseiro	☐ Uso do cinto ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Vítima projetada ☐ Vítima encarcerada ☐ Air Bag ☐ Acidente com moto X ☐ Queda de moto ☐ Bicicleta ☐ queda de Bicicleta	☐ Agressão Física ☐ Espancamento ☐ FAB ☐ FAF ☐ Tentativa de suicídio ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual	☐ Acidente de Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Alt. Aprox. ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ anm ☐ Outros																		
	AUTOMÓVEL	MOTO/BICICLETA	VIOLÊNCIA	OUTROS																									
	☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão X ☐ Motorista ☐ Passageiro Dianteiro ☐ Passageiro Traseiro	☐ Uso do cinto ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Vítima projetada ☐ Vítima encarcerada ☐ Air Bag ☐ Acidente com moto X ☐ Queda de moto ☐ Bicicleta ☐ queda de Bicicleta	☐ Agressão Física ☐ Espancamento ☐ FAB ☐ FAF ☐ Tentativa de suicídio ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual	☐ Acidente de Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Alt. Aprox. ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ anm ☐ Outros																									
	AVALIAÇÃO INICIAL																												
	<table border="1"> <tr> <th>Vias Aéreas</th> <th>Ventilação</th> <th>Circulação</th> <th>Aval Neurológica</th> </tr> <tr> <td> ☐ Apnéia ☐ Bradpneia ☐ Dispneia ☐ Eupneico ☐ Obstruída ☐ Resp. Ruidosa ☐ Taquipnéia </td> <td> ☐ Abolida ☐ Fenda Aspirativa ☐ Hipertimpanismo ☐ M.V. Ausente ☐ M.V. Diminuído ☐ Maciez </td> <td> ☐ Arritmico ☐ Ausente ☐ Bradicardia ☐ Enchimento capilar > 2s ☐ Taquicardia </td> <td> ☐ AVDN ☐ DNV ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ Alcoolizado </td> </tr> </table>			Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval Neurológica	☐ Apnéia ☐ Bradpneia ☐ Dispneia ☐ Eupneico ☐ Obstruída ☐ Resp. Ruidosa ☐ Taquipnéia	☐ Abolida ☐ Fenda Aspirativa ☐ Hipertimpanismo ☐ M.V. Ausente ☐ M.V. Diminuído ☐ Maciez	☐ Arritmico ☐ Ausente ☐ Bradicardia ☐ Enchimento capilar > 2s ☐ Taquicardia	☐ AVDN ☐ DNV ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ Alcoolizado																		
	Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval Neurológica																									
	☐ Apnéia ☐ Bradpneia ☐ Dispneia ☐ Eupneico ☐ Obstruída ☐ Resp. Ruidosa ☐ Taquipnéia	☐ Abolida ☐ Fenda Aspirativa ☐ Hipertimpanismo ☐ M.V. Ausente ☐ M.V. Diminuído ☐ Maciez	☐ Arritmico ☐ Ausente ☐ Bradicardia ☐ Enchimento capilar > 2s ☐ Taquicardia	☐ AVDN ☐ DNV ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ Alcoolizado																									
	SINAIS VITAIS E ESCORES																												
<table border="1"> <tr> <th>Hora</th> <th>P.A mm/hg</th> <th>F.C bpm</th> <th>F.R Mpm</th> <th>Sat O₂ %</th> <th>Temp. °C</th> <th>Esc. visual anal. EVA "DOR"</th> <th>Glicemia</th> <th>APGAR</th> </tr> <tr> <td>Início</td> <td>:</td> <td><u>1</u></td> <td><u>37</u></td> <td><u>18</u></td> <td><u>100</u></td> <td><u>9</u></td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Fim</td> <td>:</td> <td><u>1</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	Temp. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR	Início	:	<u>1</u>	<u>37</u>	<u>18</u>	<u>100</u>	<u>9</u>	-	-	Fim	:	<u>1</u>						
Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	Temp. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR																					
Início	:	<u>1</u>	<u>37</u>	<u>18</u>	<u>100</u>	<u>9</u>	-	-																					
Fim	:	<u>1</u>																											
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vituária)	AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA																												
	<table border="1"> <tr> <th>Pele</th> <th>Cabeça</th> <th>Face</th> <th>Pescoço</th> <th>Tórax</th> <th>Abdome</th> </tr> <tr> <td> ☐ Cianótica ☒ Corada ☐ Fria ☐ Pálida ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca </td> <td> ☐ Afundamento ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Fer. Penetrante ☐ Hematoma ☐ Laceração </td> <td> ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular </td> <td> ☐ Desvio da traqueia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo ☐ Escoriações ☐ Hematoma ☐ Lacerações </td> <td> ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento ☐ Tórax Instável </td> <td> ☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Em tabua ☐ Escoriações ☐ Evisceração ☐ Lacerações </td> </tr> </table>			Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome	☐ Cianótica ☒ Corada ☐ Fria ☐ Pálida ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca	☐ Afundamento ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Fer. Penetrante ☐ Hematoma ☐ Laceração	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular	☐ Desvio da traqueia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo ☐ Escoriações ☐ Hematoma ☐ Lacerações	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento ☐ Tórax Instável	☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Em tabua ☐ Escoriações ☐ Evisceração ☐ Lacerações														
	Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome																							
	☐ Cianótica ☒ Corada ☐ Fria ☐ Pálida ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca	☐ Afundamento ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Fer. Penetrante ☐ Hematoma ☐ Laceração	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular	☐ Desvio da traqueia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo ☐ Escoriações ☐ Hematoma ☐ Lacerações	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento ☐ Tórax Instável	☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Em tabua ☐ Escoriações ☐ Evisceração ☐ Lacerações																							
	<table border="1"> <tr> <th>Pelve</th> <th>Coluna Dorsal</th> <th>Membros</th> </tr> <tr> <td> ☒ Contusão ☐ Escoriações ☒ Dor ☐ Instabilidade </td> <td> ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Deformidade </td> <td> ☒ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações </td> </tr> </table>			Pelve	Coluna Dorsal	Membros	☒ Contusão ☐ Escoriações ☒ Dor ☐ Instabilidade	☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Deformidade	☒ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações																				
	Pelve	Coluna Dorsal	Membros																										
	☒ Contusão ☐ Escoriações ☒ Dor ☐ Instabilidade	☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Deformidade	☒ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações																										
	<table border="1"> <tr> <th>AVALIAÇÃO CARDÍACA</th> <th>AFECÇÃO CLÍNICA</th> <th>HISTÓRIA PEGRESSA</th> </tr> <tr> <td> ☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filiter </td> <td> ☐ Cardiovascular ☐ Metabólica ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Respiratória </td> <td> ☐ Aborto ☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica </td> </tr> </table>			AVALIAÇÃO CARDÍACA	AFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA	☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filiter	☐ Cardiovascular ☐ Metabólica ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Respiratória	☐ Aborto ☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica																				
	AVALIAÇÃO CARDÍACA	AFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA																										
	☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filiter	☐ Cardiovascular ☐ Metabólica ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Respiratória	☐ Aborto ☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica																										
<table border="1"> <tr> <th>GRAVIDADE COMPROVADA</th> <th>MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS</th> </tr> <tr> <td> ☐ ILESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ ÓBITO ☐ INDETERMINADA </td> <td> ☐ Polícia Militar ☐ SMTRAN ☐ PRF </td> </tr> </table>			GRAVIDADE COMPROVADA	MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS	☐ ILESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ ÓBITO ☐ INDETERMINADA	☐ Polícia Militar ☐ SMTRAN ☐ PRF																							
GRAVIDADE COMPROVADA	MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS																												
☐ ILESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ ÓBITO ☐ INDETERMINADA	☐ Polícia Militar ☐ SMTRAN ☐ PRF																												
<table border="1"> <tr> <th>INCIDENTE</th> <th>MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS</th> </tr> <tr> <td> ☐ Cancelamento ☐ Não se encontrava no local ☐ Trole </td> <td> ☐ Recusa de Atendimento ☐ Recusa de hospitalização ☐ Bombeiro no local </td> </tr> </table>			INCIDENTE	MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS	☐ Cancelamento ☐ Não se encontrava no local ☐ Trole	☐ Recusa de Atendimento ☐ Recusa de hospitalização ☐ Bombeiro no local																							
INCIDENTE	MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS																												
☐ Cancelamento ☐ Não se encontrava no local ☐ Trole	☐ Recusa de Atendimento ☐ Recusa de hospitalização ☐ Bombeiro no local																												
<table border="1"> <tr> <th>RCP</th> <th>OBS:</th> </tr> <tr> <td> ☐ Iniciada as: : ☐ Término as: : </td> <td> ☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso </td> </tr> </table>			RCP	OBS:	☐ Iniciada as: : ☐ Término as: :	☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso																							
RCP	OBS:																												
☐ Iniciada as: : ☐ Término as: :	☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso																												
<table border="1"> <tr> <th>DESTINO</th> </tr> <tr> <td> ☐ Atendimento no local ☐ Próximo Atendimento - PAAR </td> </tr> </table>			DESTINO	☐ Atendimento no local ☐ Próximo Atendimento - PAAR																									
DESTINO																													
☐ Atendimento no local ☐ Próximo Atendimento - PAAR																													

26 SET. 2019

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro
(Unidade de Destino)

CONFERE COM O ORIGINAL
Mara Carvalho Maia
Diretora Geral da Central de
Regulação das Urgências Médicas
CRUICQUE/SESAU

CIEPA ENT
NT
CE
DO
E

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/Boa Vista, nesta oportunidade.

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

GESTANTE

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

Perda de líquido: _____ BCF: _____

[] Com cartão [] Sem cartão

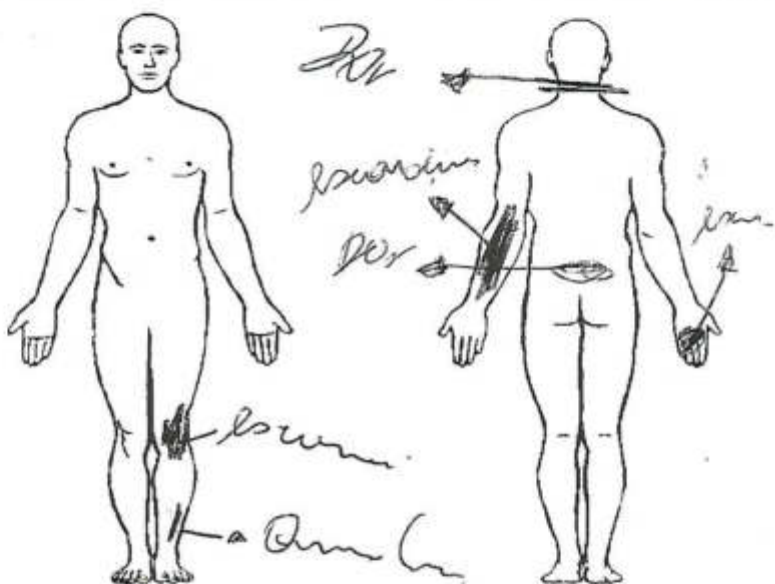
MATERIAL E MEDICAÇÃO

1 gelos 22. 1 grupo.
1 SFO, 1 L. Son
1 an p...
1 t... t...

1	Abertura Ocular (O)	Espontânea	4 pontos
		Estímulo verbal	3 pontos
		Estímulo doloroso	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto
2	Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	6 pontos
		Localiza dor	5 pontos
		Flexão normal (retrada)	4 pontos
		Flexão anormal (descorticação)	3 pontos
		Extensão (descerebração)	2 pontos
		Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3	Resposta Verbal (V)	Orientado	5 pontos
		Confuso	4 pontos
		Palavras inapropriadas	3 pontos
		Sons incompreensíveis	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto

TOTAL DE PONTOS

15



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Vítima de acidente de trânsito, vítima de trauma de cabeça e pescoço, com lesão de nível cervical C5, com lesão de nível cervical C6, com lesão de nível cervical C7, com lesão de nível cervical C8, com lesão de nível cervical T1, com lesão de nível cervical T2, com lesão de nível cervical T3, com lesão de nível cervical T4, com lesão de nível cervical T5, com lesão de nível cervical T6, com lesão de nível cervical T7, com lesão de nível cervical T8, com lesão de nível cervical T9, com lesão de nível cervical T10, com lesão de nível cervical L1, com lesão de nível cervical L2, com lesão de nível cervical L3, com lesão de nível cervical L4, com lesão de nível cervical L5, com lesão de nível cervical S1, com lesão de nível cervical S2, com lesão de nível cervical S3, com lesão de nível cervical S4, com lesão de nível cervical S5, com lesão de nível cervical S6, com lesão de nível cervical S7, com lesão de nível cervical S8, com lesão de nível cervical S9, com lesão de nível cervical S10, com lesão de nível cervical L1, com lesão de nível cervical L2, com lesão de nível cervical L3, com lesão de nível cervical L4, com lesão de nível cervical L5, com lesão de nível cervical S1, com lesão de nível cervical S2, com lesão de nível cervical S3, com lesão de nível cervical S4, com lesão de nível cervical S5, com lesão de nível cervical S6, com lesão de nível cervical S7, com lesão de nível cervical S8, com lesão de nível cervical S9, com lesão de nível cervical S10.

26 SET, 2019

Maria Carvalhinho Maia
Diretora Geral da Central de
Regulação das Urgências Médicas
CRUIC/QUESSAU

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ



Polegar Direito



Gloria Cristina Martins Nojosa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

406561-1

DATA DE
EXPEDIÇÃO

28/02/2018

NOME

GLÓRIA CRISTINA MARTINS NOJOSA

FILIAÇÃO

ANTONIO MARCOS BARBOSA NOJOSA
VANUZA CRISTINA MARTINS

NATURALIDADE

BOA VISTA - RR

DOC. ORIGEM

CERTD NASC 83751 FLS 146 LIV A-123

BOA VISTA-RR

CPF

020.751.232-92

2ª VIA

DATA DE NASCIMENTO
17/06/1995

AMADEU ROCHA TRIANI
Petrus Polígrafo e Impressão de Polícia Civil
Estrada do SOG

P7

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

26 SET. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190554430 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLORIA CRISTINA MARTINS NOJOSA **Data do acidente:** 10/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
P2

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Gloria Cristina Martins Nogueira
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônoma
IDENTIDADE:	406562-1
ENDEREÇO:	Rua: Francisco A. Silva, 1881, Alvorada

OUTORGADO

NOME:	Leir Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 55P-RR
ENDEREÇO:	R: Antonio p. Galvão 1832

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, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 10/09/2018, cobertura Invalidez, vítima: Gloria Cristina Martins Nogueira

Bac Vista 10-09-19

LOCAL E DATA



Gloria Cristina Martins Nogueira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

26 SET. 2019

DANIEL AQUINO
 Cartório do 2º Ofício de Bac Vista
 Daniel Aquino - OAB/RR 10.000
 Av. André Baccaro, 100 - 10º andar - Boa Vista - RR
 Tel: (16) 3322-1111
 E-mail: daniel.aquino@rr.rr.br

RECIBO DE RECEBIMENTO
 De que deu fé, Boa Vista, 10 de setembro de 2019.
 Genuína e legítima em tudo, conforme consta do
 RECIBO DE RECEBIMENTO Nº 1692868VBSUATLPGV19081

Em testemunho da verdade, BPO
 141134 5407 55268123
 Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
 de GLORIA CRISTINA MARTINS NOGUEIRA

Exatidão de R\$ 2,45 Fundos/TSS: R\$ 0,55 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334668/19

Vítima: GLORIA CRISTINA MARTINS NOJOSA

CPF: 020.751.232-92

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 10/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GLORIA CRISTINA
MARTINS NOJOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GLORIA CRISTINA MARTINS NOJOSA : 020.751.232-92

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: 26/09/2019
Nome: GLORIA CRISTINA MARTINS NOJOSA
CPF: 020.751.232-92

GLORIA CRISTINA MARTINS NOJOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190554430

Vítima: GLORIA CRISTINA MARTINS NOJOSA

Data do Acidente: 10/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLORIA CRISTINA MARTINS NOJOSA

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, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190554430

Vítima: GLORIA CRISTINA MARTINS NOJOSA

Data do Acidente: 10/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GLORIA CRISTINA MARTINS NOJOSA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 10/09/2018, emitido pelo Dr. MARCUS BRUNNER CRM nº 1917 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 020.751.232-92 Nome completo da vítima: Gloria Cristina Martins Navesa

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

Nome completo: Gloria Cristina Martins Navesa CPF: 020.751.232-92

Profissão: autônomo Endereço: Rua: Francisco A. Silva Número: 1881 Complemento: casa

Bairro: Alborado Cidade: Beaquista Estado: RR CEP: 69.317-286

E-mail: FLOTRR@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (95)98403-5060

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 5076 8 CONTA: 674 2 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 (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Beaquista - RR 26/09/2019

Nome: Gloria Cristina Martins Navesa

CPF: 020.751.232-92

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Gloria Cristina Martins Navesa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

26 SET. 2019

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 conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 531/2018/DAT - Boa Vista - RR, em 28/09/2018.

COMUNICANTE: GLÓRIA CRISTINA MARTINS NOJOSA

RG: 406561-1 EXP.: SSP/RR CPF: 020.751.232-92

ENDEREÇO: RUA FRANCISCO ANACLETO DASILVA, Nº. 1881 - BAIRRO: ALVORADA CIDADE: BOA VISTA - RR

SEXO: FEMININO PROFISSÃO: AUTÔNOMA

NATURALIDADE: BOA VISTA ESTADO: RR

DATA DE NASCIMENTO: 17/06/1995

IDADE: 23 ANOS GRAU DE INST: ENS. SUPERIOR INCOMP.

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA TELEFONE: (95) 99121- 2920 Nº REG. CNH:

NOME DO PAI: ANTONIO MARCOS BARBOSA NOJOSA

NOME DA MÃE: VANUSA CRISTINA MARTINS

O comunicante que não é habilitada, informa que dirigia MOTOCICLETA HONDA BIS 110I, placa NAS 0903, RENAVAN 01148311790, CHASSI 9C2JC7000JR007549 de propriedade de VANUZA CRISTINA MARTINS, pela Rua aruanã, Bairro Psicultura, no dia 10.09.2018, por volta das 10:40 hs, quando veio a colidir em um GATO que se encontrava no meio da via, fazendo com que perdesse o controle do veículo vindo a mesma a cair, sofrendo escoriações pelo corpo, inclusive com fratura na perna esquerda. Informa ainda que foi conduzida ao trauma do HGR pelo SAMU para atendimento médico. Segundo a comunicante este registro é somente para fins de SEGURO DPVAT. É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL.

CARLOS REGES CUNHA
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL

Mat. Nº 042050372

Glória Cristina Martins Nojosa.
GLORIA CRISTINA MARTINS NOJOSA
COMUNICANTE

O comunicante declara para os devidos fins de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que deu origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro.

CONFERIDOR

26 SET. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 020.751.232-92 Nome completo da vítima: Gloria Cristina Martins Nogueira

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

Nome completo: Gloria Cristina Martins Nogueira CPF: 020.751.232-92

Profissão: autônomo Endereço: Rua: Francisco A. Silva Número: 1881 Complemento: casa

Bairro: Alvorado Cidade: Beaquista Estado: RR CEP: 69.317-286

E-mail: FLOTRRR@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (95)98403-5060

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 5076 8 CONTA: 674 2 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 **(assinalar uma das opções)**:

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Beaquista - RR 26/09/2019

Nome: Gloria Cristina Martins Nogueira

CPF: 020.751.232-92

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Gloria Cristina Martins Nogueira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

26 SET. 2019

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.