

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190283061 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.
(CONFORME LAUDO MÉDICO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 1. SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190283061

Vítima: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES

Data do Acidente: 16/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES

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, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190283061

Vítima: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES

Data do Acidente: 16/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES

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

Documentação médico-hospitalar não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190283061 **Vítima: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES**

Data do Acidente: 16/04/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 01177/01178 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14327528

Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190283061

Vítima: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES

Data do Acidente: 16/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000004263-3

Conta: 000010021358-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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: ☐ DIAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

112.509.842-20

Maria das Dores S.M. Neves

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

Nome completo:

Maria das Dores Soares de Macedo Neves

CPF:

112.509.842-20

Profissão:

Professora

Endereço:

R. Daniel Zamballo

Número:

148

Complemento:

Bairro:

Li Zelandade

Cidade:

Boa Vista

Estado:

PE

CEP:

69.309.012

E-mail:

Tel (DDD)

(95) 9154-6697

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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\$2.000,00

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Indicar o banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

42633

CONTA:

21358

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 de 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçada ☐ 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 295 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário

Local e Data:

Boa Vista, 09/10/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria das Dores S.M. Neves

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Francisco Simão Araújo

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) 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.

SABEMI - REC. EM 17 ABR 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033668/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/08/2018 09:27 Data/Hora Fim: 23/08/2018 09:45
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 23/08/2018
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 16/04/2018 20:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Av. Bandeirantes

Bairro: Buritis

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Feminino Nasc: 13/04/1957

Profissão: Professor

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Cantidia Soares de Macedo

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: rua david ramalho
Bairro: liberdade
Telefone: (95) 88138-4539 (Celular)

Nº: 148

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAO2091	Número do Chassi *****91240
Ano/Modelo Fabricação 2015/2015	Cor Prata
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jorge Fernando Pava Figueiredo
Data de Impressão: 23/08/2018 09:45
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

SABEMI - REC. EM 17 ABR 2019

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 033668/2018

Nome Envolvido	Envolvimentos
Maria das Dores Soares de Macedo Neves	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante acima qualificada informa que, no local e data supracitados, aguardava a abertura do sinal de trânsito do cruzamento da Av. dos Bandeirantes com a Rua Manoel Felipe e quando o sinal abriu ao efetuar a manobra para a Rua Manoel Felipe em direção ao bairro Asa Branca uma outra motocicleta que vinha logo atrás colidiu na traseira da motocicleta da comunicante. Tal colisão fez com que a comunicante perdesse o controle e caísse na via. Com a queda a comunicante sofreu diversas escoriações pelo corpo, tendo inclusive lesionado o joelho direito. Após a colisão o condutor da motocicleta (desconhecida) causadora do acidente, se evadiu do local sem prestar socorro. A polícia militar NÃO COMPARECEU ao local do acidente. A equipe do RESGATE compareceu ao local e encaminhou a vítima ao HGR para as providências cabíveis. Este B.O. é para fins de recebimento de seguro DPVAT. É o relato.

ASSINATURAS


Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Responsável pelo Assessoramento
7 de Abr. 2018


Maria das Dores Soares de Macedo Neves
(Vítima / Comunicante)


AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR
MAT 42.000.787

"Declaro sob as penas da lei de que esta é uma cópia verdadeira e fiel das informações acima assentadas e de que sou responsável civil e criminalmente pela presente declaração que coligi, conforme previsto nos artigos 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000, 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1007, 1008, 1009, 1010, 1011, 1012, 1013, 1014, 1015, 1016, 1017, 1018, 1019, 1020, 1021, 1022, 1023, 1024, 1025, 1026, 1027, 1028, 1029, 1030, 1031, 1032, 1033, 1034, 1035, 1036, 1037, 1038, 1039, 1040, 1041, 1042, 1043, 1044, 1045, 1046, 1047, 1048, 1049, 1050, 1051, 1052, 1053, 1054, 1055, 1056, 1057, 1058, 1059, 1060, 1061, 1062, 1063, 1064, 1065, 1066, 1067, 1068, 1069, 1070, 1071, 1072, 1073, 1074, 1075, 1076, 1077, 1078, 1079, 1080, 1081, 1082, 1083, 1084, 1085, 1086, 1087, 1088, 1089, 1090, 1091, 1092, 1093, 1094, 1095, 1096, 1097, 1098, 1099, 1100, 1101, 1102, 1103, 1104, 1105, 1106, 1107, 1108, 1109, 1110, 1111, 1112, 1113, 1114, 1115, 1116, 1117, 1118, 1119, 1120, 1121, 1122, 1123, 1124, 1125, 1126, 1127, 1128, 1129, 1130, 1131, 1132, 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142, 1143, 1144, 1145, 1146, 1147, 1148, 1149, 1150, 1151, 1152, 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158, 1159, 1160, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1170, 1171, 1172, 1173, 1174, 1175, 1176, 1177, 1178, 1179, 1180, 1181, 1182, 1183, 1184, 1185, 1186, 1187, 1188, 1189, 1190, 1191, 1192, 1193, 1194, 1195, 1196, 1197, 1198, 1199, 1200, 1201, 1202, 1203, 1204, 1205, 1206, 1207, 1208, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215, 1216, 1217, 1218, 1219, 1220, 1221, 1222, 1223, 1224, 1225, 1226, 1227, 1228, 1229, 1230, 1231, 1232, 1233, 1234, 1235, 1236, 1237, 1238, 1239, 1240, 1241, 1242, 1243, 1244, 1245, 1246, 1247, 1248, 1249, 1250, 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, 1257, 1258, 1259, 1260, 1261, 1262, 1263, 1264, 1265, 1266, 1267, 1268, 1269, 1270, 1271, 1272, 1273, 1274, 1275, 1276, 1277, 1278, 1279, 1280, 1281, 1282, 1283, 1284, 1285, 1286, 1287, 1288, 1289, 1290, 1291, 1292, 1293, 1294, 1295, 1296, 1297, 1298, 1299, 1300, 1301, 1302, 1303, 1304, 1305, 1306, 1307, 1308, 1309, 1310, 1311, 1312, 1313, 1314, 1315, 1316, 1317, 1318, 1319, 1320, 1321, 1322, 1323, 1324, 1325, 1326, 1327, 1328, 1329, 1330, 1331, 1332, 1333, 1334, 1335, 1336, 1337, 1338, 1339, 1340, 1341, 1342, 1343, 1344, 1345, 1346, 1347, 1348, 1349, 1350, 1351, 1352, 1353, 1354, 1355, 1356, 1357, 1358, 1359, 1360, 1361, 1362, 1363, 1364, 1365, 1366, 1367, 1368, 1369, 1370, 1371, 1372, 1373, 1374, 1375, 1376, 1377, 1378, 1379, 1380, 1381, 1382, 1383, 1384, 1385, 1386, 1387, 1388, 1389, 1390, 1391, 1392, 1393, 1394, 1395, 1396, 1397, 1398, 1399, 1400, 1401, 1402, 1403, 1404, 1405, 1406, 1407, 1408, 1409, 1410, 1411, 1412, 1413, 1414, 1415, 1416, 1417, 1418, 1419, 1420, 1421, 1422, 1423, 1424, 1425, 1426, 1427, 1428, 1429, 1430, 1431, 1432, 1433, 1434, 1435, 1436, 1437, 1438, 1439, 1440, 1441, 1442, 1443, 1444, 1445, 1446, 1447, 1448, 1449, 1450, 1451, 1452, 1453, 1454, 1455, 1456, 1457, 1458, 1459, 1460, 1461, 1462, 1463, 1464, 1465, 1466, 1467, 1468, 1469, 1470, 1471, 1472, 1473, 1474, 1475, 1476, 1477, 1478, 1479, 1480, 1481, 1482, 1483, 1484, 1485, 1486, 1487, 1488, 1489, 1490, 1491, 1492, 1493, 1494, 1495, 1496, 1497, 1498, 1499, 1500, 1501, 1502, 1503, 1504, 1505, 1506, 1507, 1508, 1509, 1510, 1511, 1512, 1513, 1514, 1515, 1516, 1517, 1518, 1519, 1520, 1521, 1522, 1523, 1524, 1525, 1526, 1527, 1528, 1529, 1530, 1531, 1532, 1533, 1534, 1535, 1536, 1537, 1538, 1539, 1540, 1541, 1542, 1543, 1544, 1545, 1546, 1547, 1548, 1549, 1550, 1551, 1552, 1553, 1554, 1555, 1556, 1557, 1558, 1559, 1560, 1561, 1562, 1563, 1564, 1565, 1566, 1567, 1568, 1569, 1570, 1571, 1572, 1573, 1574, 1575, 1576, 1577, 1578, 1579, 1580, 1581, 1582, 1583, 1584, 1585, 1586, 1587, 1588, 1589, 1590, 1591, 1592, 1593, 1594, 1595, 1596, 1597, 1598, 1599, 1600, 1601, 1602, 1603, 1604, 1605, 1606, 1607, 1608, 1609, 1610, 1611, 1612, 1613, 1614, 1615, 1616, 1617, 1618, 1619, 1620, 1621, 1622, 1623, 1624, 1625, 1626, 1627, 1628, 1629, 1630, 1631, 1632, 1633, 1634, 1635, 1636, 1637, 1638, 1639, 1640, 1641, 1642, 1643, 1644, 1645, 1646, 1647, 1648, 1649, 1650, 1651, 1652, 1653, 1654, 1655, 1656, 1657, 1658, 1659, 1660, 1661, 1662, 1663, 1664, 1665, 1666, 1667, 1668, 1669, 1670, 1671, 1672, 1673, 1674, 1675, 1676, 1677, 1678, 1679, 1680, 1681, 1682, 1683, 1684, 1685, 1686, 1687, 1688, 1689, 1690, 1691, 1692, 1693, 1694, 1695, 1696, 1697, 1698, 1699, 1700, 1701, 1702, 1703, 1704, 1705, 1706, 1707, 1708, 1709, 1710, 1711, 1712, 1713, 1714, 1715, 1716, 1717, 1718, 1719, 1720, 1721, 1722, 1723, 1724, 1725, 1726, 1727, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732, 1733, 1734, 1735, 1736, 1737, 1738, 1739, 1740, 1741, 1742, 1743, 1744, 1745, 1746, 1747, 1748, 1749, 1750, 1751, 1752, 1753, 1754, 1755, 1756, 1757, 1758, 1759, 1760, 1761, 1762, 1763, 1764, 1765, 1766, 1767, 1768, 1769, 1770, 1771, 1772, 1773, 1774, 1775, 1776, 1777, 1778, 1779, 1780, 1781, 1782, 1783, 1784, 1785, 1786, 1787, 1788, 1789, 1790, 1791, 1792, 1793, 1794, 1795, 1796, 1797, 1798, 1799, 1800, 1801, 1802, 1803, 1804, 1805, 1806, 1807, 1808, 1809, 1810, 1811, 1812, 1813, 1814, 1815, 1816, 1817, 1818, 1819, 1820, 1821, 1822, 1823, 1824, 1825, 1826, 1827, 1828, 1829, 1830, 1831, 1832, 1833, 1834, 1835, 1836, 1837, 1838, 1839, 1840, 1841, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1847, 1848, 1849, 1850, 1851, 1852, 1853, 1854, 1855, 1856, 1857, 1858, 1859, 1860, 1861, 1862, 1863, 1864, 1865, 1866, 1867, 1868, 1869, 1870, 1871, 1872, 1873, 1874, 1875, 1876, 1877, 1878, 1879, 1880, 1881, 1882, 1883, 1884, 1885, 1886, 1887, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892, 1893, 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919, 1920, 1921, 1922, 1923, 1924, 1925, 1926, 1927, 1928, 1929, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934, 1935, 1936, 1937, 1938, 1939, 1940, 1941, 1942, 1943, 1944, 1945, 1946, 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962, 1963, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 23



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nome completo:	CPF:
<u>Maria das Dores Soares de Macedo Neves</u>	<u>112.509.842-20</u>
Profissão:	Endereço:
<u>Professora</u>	<u>R. Daniel Zamballo</u>
Bairro:	Cidade:
<u>Li Zelandade</u>	<u>Boa Vista</u>
Estado:	CEP:
<u>PE</u>	<u>69.309.012</u>
E-mail:	Tel (DDD):
	<u>(95) 9154-6697</u>

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

RECEITA MENSAL:	<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Indicar o banco)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: <u>4263</u> <u>3</u>	CONTA: <u>21358</u> <u>6</u>
(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 de 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorçada <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 295 do Código Penal.

Local e Data:	<u>Boa Vista, 09/10/2019</u>
Nome:	
CPF:	

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria das Dores S.M. Neves

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Francisco Simão Araújo

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:	
CPF:	
Assinatura	
2ª Nome:	
CPF:	
Assinatura	

(*) 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.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
COMANDO OPERACIONAL
COMPANHIA DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA



Nº de registro: 1599-18
REGISTRO Nº: 0023723
OCORRÊNCIA: ☒ TRAUMA ☐ CLÍNICO
CÓDIGO: T-05
REG. DE REFERÊNCIA: —

DATA	VIATURA	ÁREA DE ATUAÇÃO	HORÁRIOS	SAÍDA DA OBM	NO LOCAL	NA UNID. SAÚDE	NA OBM
16/04/18	R02-15	<input checked="" type="checkbox"/> Leste <input type="checkbox"/> Oeste		20h42min	20h50min	21h06min	21h11min

1. DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

ENDEREÇO: Av. Manoel Felipe Nº 511 BAIRRO: Burech
CIDADE: Boa Vista PONTO DE REFERÊNCIA: Sup Big Bom
LOCAL DA OCORRÊNCIA ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA ☐ OUTRO:

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: Maria das Dores Soares de Macedo Neves R.G.: 40946-SSPRR
D.N.: 13/04/57 IDADE: 61 SEXO: ☐ Masculino ☒ Feminino NECESSIDADES ESPECIAIS: ☐ SIM ☐ NÃO
ENDEREÇO: R David Romalho Nº 148 BAIRRO: Liberdade
CIDADE: Boa Vista Telefone: 99133-8835

3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

☐ Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso o atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.
☐ O paciente/vítima recusou assinar o Termo de Recusa de Atendimento.
Assinatura do paciente/vítima: _____ RG Nº: _____ SSP/_____
Testemunha: _____ RG Nº: _____ SSP/_____
Testemunha: _____ RG Nº: _____ SSP/_____

4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Acima de 5 anos)

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. À dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado <input type="checkbox"/> 4. Confuso <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2. Sons incomp./ Gemidos <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais <input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. Reage à dor <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal à dor (Decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal à dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	15 Pontos

5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Abaixo de 5 anos)

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
<input type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. À dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 5. Palavras/ sorriso/ Olhar acompanhada <input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado <input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente <input type="checkbox"/> 2. Agitação <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros <input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. sente dor, mas não retira <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal à dor (Decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal à dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	____ Pontos

6. SINAIS VITAIS

PA: — FR: — FC: — SpO2: — Temperatura: —

7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

ALERGIA: ☒ NÃO ☐ SIM - QUAL (is):
USO DE MEDICAMENTOS: ☒ NÃO ☐ SIM - QUAIS:

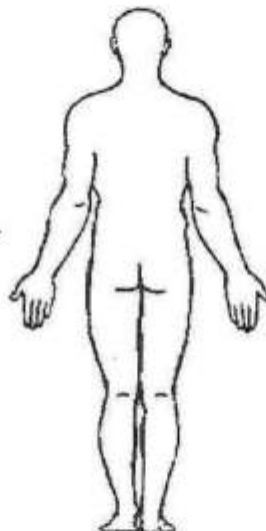
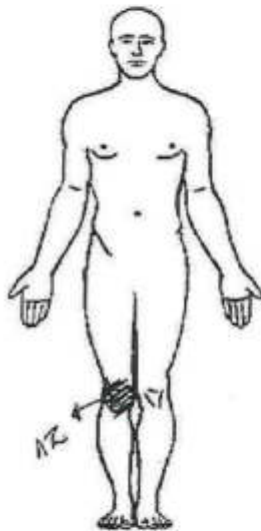
8. CASOS CLÍNICOS

<input type="checkbox"/> Emerg. Cardíaca <input type="checkbox"/> Crise hipertensiva <input type="checkbox"/> Emerg. respiratória <input type="checkbox"/> AVE <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Trabalho de parto <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Suspeita de aborto <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Complicações <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Outros <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal Aguda	<input type="checkbox"/> Choque anafilático <input type="checkbox"/> Crise convulsiva <input type="checkbox"/> Desmaio/síncope <input type="checkbox"/> Doenças infectocontagiosas <input type="checkbox"/> Emerg. Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Remoção inter-hospitalar <input type="checkbox"/> Remoção casa-hospital <input type="checkbox"/> Outros: _____
--	---	---	--

9. ORIGEM DO TRAUMA

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Suicídio/tentativa | <input type="checkbox"/> Queimadura - Química | <input type="checkbox"/> Vit. de envenenamento |
| <input type="checkbox"/> Acidente aéreo | <input type="checkbox"/> Ferimento arma branca | <input type="checkbox"/> Queimadura - Térmica | <input type="checkbox"/> Vit. de intoxicação |
| <input type="checkbox"/> Queda - plano elevado | <input type="checkbox"/> Ferimento arma de fogo | <input type="checkbox"/> Acid. com eletricidade | <input type="checkbox"/> Ataque animal |
| <input type="checkbox"/> Queda - própria altura | <input type="checkbox"/> Ferimento penetrante/perf. | <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Acid. animais peçonhentos |
| <input type="checkbox"/> Agressão física | <input type="checkbox"/> Ferimento Avulsão/amput. | <input type="checkbox"/> OVACE | <input type="checkbox"/> Emerg. produtos perigosos |
| <input type="checkbox"/> Agressão sexual | <input type="checkbox"/> Ferimento Esmagamento | <input type="checkbox"/> Vit. de soterramento | <input type="checkbox"/> Outros: |

10. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS



legenda:

- 01 - Fratura
- 02 - Luxação
- 03 - Entorse
- 04 - Ferimento Incisivo
- 05 - Ferimento Lacerante
- 06 - Ferimento Corto-contuso
- 07 - Ferimento perfurante
- 08 - Ferimento penetrante
- 09 - Amputação
- 10 - Avulsão
- 11 - Contusão
- 12 - Escoriações
- 13 - Queimaduras



11. HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Vítima de acidente de moto, encontrava-se em DM, LOTE e sem capacete, que de acordo com a vítima foi atingido por terceiros. Apresentava escoriações na pele. Duas ameixas vitais estáveis. Conduzida ao PS Francisco Elesbão para avaliação médica. Entregue estável.

12. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL

- | | | | | |
|---|---|-----|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Carteira de identidade | <input type="checkbox"/> Cartão magnético | Und | <input type="checkbox"/> Capacete | <input type="checkbox"/> Outros: |
| <input type="checkbox"/> CNH | <input type="checkbox"/> Cheque | Fis | <input type="checkbox"/> Calçado | |
| <input type="checkbox"/> CPF | <input type="checkbox"/> Dinheiro | RS | <input type="checkbox"/> Óculos | |
| <input type="checkbox"/> Título de eleitor | <input type="checkbox"/> Jóias | | <input type="checkbox"/> Relógio | |

Aos cuidados de:

RG:

Telefone:

13. UNIDADE DE SAÚDE

- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> P.S. Francisco Elesbão | <input type="checkbox"/> Hosp. da Criança Santo Antonio | <input type="checkbox"/> Outro: |
| <input type="checkbox"/> P.A. Ailton Rocha | <input type="checkbox"/> Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré | |
| <input type="checkbox"/> Policlínica Cosme e Silva | <input type="checkbox"/> Hosp. Unimed | |

14. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

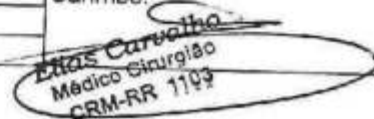
- ☐ Crítico ☐ Instável ☒ Estável

15. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Chefe de equipe:	Socorrista (s):	Condutor da VTR:	Resp. pelo preenchimento:
Sgt Tavares	Sd Brenna Xavier	Sd Bonfim	Sd Brenna Xavier

16. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE

Assinatura: _____ Carimbo: _____
 Documento de identidade: _____
 Registro do Conselho (CRM, COREN): _____



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000010021358-8

Nr. da Autenticação EB0DC298028AABAE



Para consulta com a Distribuição, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

2019655-0

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Fico Soares, 881 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 08.041.470/0001-44 - Ins. Estadual: 24.001.000-3
Insc. Fiscal Estadual de Energia Elétrica: 07/19.5-1
Registro Especial de Monitores autorizado pelo CENEL 202/15

Nº da Nota Fiscal: 002545125

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEP é concedida pelo Ato nº 10.430 de 26 de abril de 2012

CONTAS MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARÇO/2019	11/04/2019	545	454,24

MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES
R. DAVI D RAMALHO 148 LIBERDADE
CPF: 00011250884770
CEP: 69.309-012 - BOA VISTA

RGT: 5.001.12.07.822/90

DADOS DA LEITURA	kWh	EVAF	DATAS DA LEITURA
Atual	49130		Atual: 25/03/2019
Anterior	48585		Anterior: 22/02/2019
Constante de Multiplicação	1,000		Próxima Leitura: 24/04/2019
Consumo Medido	545		Encerrado: 25/03/2019
Consumo Estimado	545	FCAI	Transferência:
			31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Logradouro	Nº da Unidade	Ponto	Código Pó	Módulo 11
RESIDENCIAL	02	2.007.12	N 1525285	1.1.1.1.2	802

HISTÓRICO kWh		DISTRIBUIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano	kWh	Consumo	Valor
FEV/19	458	Consumo	545 a R\$ 0,774280 = 421,95
JAN/19	294	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	32,28
DEZ/18	577		
NOV/18	829		
OUT/18	855		
SET/18	565		
AGO/18	651		
JUL/18	578		
JUN/18	538		
MAY/18	525		
JUN-18 DE 12:00h			
12h 53 - 0,074280			

MENSAGENS IMPORTANTES / PRAZO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800-0719120 E FAÇA O PAGAMENTO 16-17-18-21-26
Perceberá Até o dia 22/03/2019, nos condutores falantes, vencidos
nessa Unidade Consumidora.
SE VOCE RECEBER O DO-54 (ANTIGA), VOCE TEM DIREITO A DESCONTO NA
TARIFA DE ENERGIA. TACA O TACASTRO EM 06596-ROSA-DE-ATENDIMENTO,
BAIXE INFORMAÇÕES, TGOU PARA 0659 7019 170.

RESUMO DO PREÇO		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES	
CONDIÇÃO DA CONTA - R\$	Valor	Imposto de Renda	Valor
Distribuição	187,00	Alíquota ICMS	17,00%
Energia	227,45	Valor do ICMS	71,75
Transmissão	0,00	Valor do PIS	0,76
Encargos	14,79	Valor do COFINS	3,61
Totais	70,10		

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Indicador	Valor	Unidade	Indicador	Valor	Unidade	Indicador	Valor
Índice de Continuidade	100,00	%	Índice de Continuidade	100,00	%	Índice de Continuidade	100,00

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Fm. Garcia, 891 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual 24.007.022-9)

Nota Fiscal / Centro de Energia Elétrica - 0896-04

Regime especial de tributação autorizado pelo MEFAZ 388/13

Nº da Nota Fiscal

002532520

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada

de acordo com a Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

CONTAGEM	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARÇO/2019	06/04/2019	215	195,11

RUTH ALVES DA SILVA SIFRÃO

R. ESPRÉLA CELESTE 998 PROF. ARACELI S. MAIOR

CPF: 03072200044268

CEP: 69.315-082 BOA VISTA

ROT: 29.001.22.04.006370

DADOS DA LEITURA	KWH	AVAN	DADOS DA LEITURA
Atual:	11046		16/03/2019
Anterior:	10831		14/02/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		16/04/2019
Consumo Medido:	215	FCAH	15/03/2019
Consumo Faturado:	215		16/03/2019
	NORMAL		Emissão:
			Aprovação:

Consumo de Referência: 11046 KWH

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Endereço: Rua Espérola Celeste, 998, Prof. Araceli S. Maior, Boa Vista, RR - CEP: 69.315-082

Medida: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11046 KWH

Consumo de Referência: 11

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisco Simeão Araújo inscrito (a) no CPF/CNPJ 711.335.422-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria das Dores S.M. News inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.509.842-20, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Maria das Dores S.M. News, inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.509.842-20, 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>R: Estrela celeste</u>		Número <u>998</u>	Complemento
Bairro <u>Itaaci</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69315-082</u>
Email <u>franciscozela@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95)99154-6697</u>

Boa Vista, 09 de Abri de 2019
Local e Data

Francisco Simeão Araújo
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Osman Rodrigues Neves,
RG nº _____, data de expedição 1/1,
Órgão _____, portador do CPF nº 103.314.172-00 com
domicílio na cidade de Bom Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Daltiel Romalho, nº 148,
complemento Não, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Maria das Dores de S.M.N cujo o condutor era
Maria das Dores de S.M.N.
Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda Biz 125 ES
Ano: 2015
Placa: LAO 2091
Chassi: 002704820FR591240
Data do Acidente: _____
Local e Data: Bom Vista, RR 06/06/2018



✓ Osman Rodrigues Neves
Assinatura do Declarante

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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Osman Rodrigues Neves,
RG nº _____, data de expedição ____/____/____,
Órgão _____, portador do CPF nº 103314172-00 com
domicílio na cidade de Bom Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Daltiel Romalho, nº 148,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Maria das Deuses de S.M.N cujo o condutor era
Maria das Deuses de S.M.N.

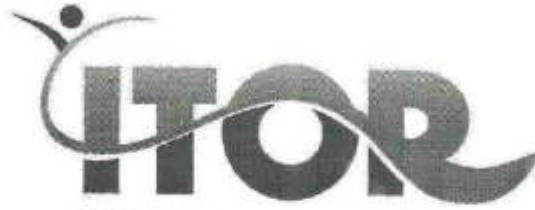
Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda Biz 125 ES
Ano: 2015
Placa: LAO 2091
Chassi: GC27C4820FR591240
Data do Acidente: 16/04/18
Local e Data: Bom Vista, RR 06/06/2018



Osman Rodrigues Neves
Assinatura do Declarante

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





INSTITUTO DE TRAUMA E ORTOPEDIA DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

Paciente: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES
Idade: 61 anos, 11 meses, 20 dias
Data: terça-feira, 2 de abril de 2019

LAUDO MÉDICO

FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO COM EVOLUÇÃO DE 11 MESES. APRESENTANDO SEQUELAS IMPORTANTES EM MEMBRO AFETADO COMO DOR E LIMITAÇÃO NO MOVIMENTO ASSOCIADO A EDEMA LOCAL.

NO MOMENTO SEM CONDIÇÕES DE DESENVOLVER QUALQUER ATIVIDADE LABORATIVA QUE EXERCA CARGA NO MEMBRO AFETADO. A MESMA JÁ ESGOTOU TODAS SUAS CHANCES DE MELHORA CLÍNICA, COM MELHORA DEFINITIVA APENAS COM ADVENTO DE PRÓTESE TOTAL DE JOELHO. A DISPOSIÇÃO,


Dr. Vitor Paracat Santiago
CRM: 1635-RR

Responsável Técnico Dr. Vitor Paracat Santiago CRM 1635 - RR - RCE 610

Av. Nossa Senhora da Consolida - 930 - Centro - Cep: 69301-011 - Fones: (95) 3224-1852/ (95) 98111-3636

Email: Admin@clinicaitor.com.br

SABEMI - REC. EM 17 ABR 2019



INSTITUTO DE TRAUMA E ORTOPEDIA DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

Paciente: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES
Idade: 61 anos, 10 meses, 17 dias
Data: sábado, 2 de março de 2019

LAUDO MÉDICO


FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO COM EVOLUÇÃO DE 10 MESES.
APRESENTANDO SEQUELAS IMPORTANTES EM MEMBRO AFETADO COMO
DOR E LIMITAÇÃO NO MOVIMENTO ASSOCIADO A EDEMA LOCAL.
EM FISIOTERAPIA MOTORA PARA MELHORA DO QUADRO, PORÉM SEM
MELHORA SIGNIFICATIVA.
NO MOMENTO SEM CONDIÇÕES DE DESENVOLVER QUALQUER ATIVIDADE
LABORATIVA QUE EXERCA CARGA NO MEMBRO AFETADO.
A DISPOSIÇÃO,

Vitor Paracat Santiago

Ortopedia / Traumatologia

CRM-RR 1635

RQE: 610


Dr. Vitor Paracat Santiago
CRM: 1635-RR

Responsável Técnico: Dr. Vitor Paracat Santiago CRM 1635 - RR - RQE 610

Av. Nossa Senhora da Consolida - 930 - Centro - Cep: 69301-011 - Fones: (95) 3224-1652/ (95) 98111-3636

Email: Admin@clinicaitor.com.br

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

HGR
Hospital Geral de Roraima



1800937307 16/04/2018 21:05:15		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 8	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF
MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES		13/04/1957	61 A 0 M 3 D	706402345562390	11250984220
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE	40995	SSP/RR	03/11/2003	F	CASADO(A)
Mãe	CANTIDIA SOARES MACEDO		RUA - DAVID RAMALHO - 148 - LIBERDADE - BOA VISTA - RR		BOA VISTA - RR
Endereço		Joaquim Rodrigues de Macedo		Contato (95) 99136-4539	
Class. de Risco		Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE			
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por: CASSIA ANDRADE		
GRANDE TRAUMA	RESGATE				
Queixa Principal					
Trauma em fêmur e joelho (D)					
Anamnese de Enfermagem					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)					
Paciente relata acidente de moto. Alega uso de capacete. Neg trauma em cabeça. Relata dor em fêmur e joelho (D)					
Exame Físico					
Hipótese Diagnóstica					
SADT - Exames Complementares					
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SOM <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:					
PRESCRIÇÃO					
1) Diclofenaco 75 mg 2) Difenone 1g					
APRAZAMENTO					
OBSERVAÇÃO					
1º de 2018 1º de 2018 1º de 2018					
Condução					
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para:					
óbito					
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família					
Assinatura do Paciente ou Responsável					
Assinatura do Médico					
Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: cassia.andrade Data Hora: 16/04/2018 21:06:47					
1000937307 1000937307					

Exatômetro

Exatômetro utilizado no diagnóstico e tratamento de lesões articulares com o auxílio de um plano de referência. Para isso, o paciente é posicionado de modo que a lesão seja avaliada em relação a um plano horizontal. O exatômetro é utilizado para medir o ângulo de inclinação da lesão em relação ao plano horizontal. A medição é realizada através de um ângulo formado entre a lesão e o plano horizontal. O ângulo é medido em graus e o resultado é registrado no prontuário do paciente.

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

SABEMI SEGURODORA S.A.
12 SET. 2018
RECEBIDO

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190283061
Nome do(a) Examinado(a):	MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA DAVID RAMALHO 148 LIBERDADE
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	112.509.842-20
Data e local do acidente:	16/04/2018 BOA VISTA RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 23/05/2019

Resultado da Avaliação Médica

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

ATENDIMENTO NO PS FRANCISCO ELESBÃO, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, CONFORME FICHA 1800937307 COM TRAUMA EM JOELHO DIREITO. APO AVALIAÇÃO MEDICA, FOI DADO ALTA. DEVIDO AGRAVAMENTO DO QUADRO, PROCUROU ATENDIMENTO PARTICULAR, UMA VEZ QUE ATENDIMENTO PUBLICO ENCONTRAVA-SE (E ATE HOJE ENCONTRA-SE) EM CRISE, SENDO CONSTATADO FRATURA DE PLATÔ TIBIAL EM JOELHO DIREITO, NÃO HAVENDO MAS CONDIÇÕES DE REPARAÇÃO NAQUELE MOMENTO.

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

ALTA MEDICA SEM ORIENTAÇÃO OU OUTROS PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS NO PS. PERICIANDO PROCUROU POR MEIOS PRÓPRIOS SERVIÇO ORTOPÉDICO PARTICULAR APOS CERCA DE 10 MESES UMA VEZ QUE SERVIÇO PÚBLICO ENCONTRA-SE EM CRISE. O ORTOPEDISTA INFORMOU NÃO SER MAIS POSSÍVEL INTERVENÇÃO CIRÚRGICA PARA RECUPERAÇÃO DA LESÃO NAQUELE MOMENTO.

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

EDEMA DE JOELHO DIREITO, DOR A PALPAÇÃO E A MOBILIDADE PASSIVA E/OU ATIVA DE JOELHO, A FLEXÃO E EXTENSÃO, ROTAÇÃO MEDIAL E LATERAL. NÃO CONSEGUE ADOTAR POSTURA DE AGACHAMENTO OU EM PONTAS.

IV) Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

DANOS SEGMENTAR PARCIAL INCOMPLETO GRAVE DE JOELHO DIREITO.

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): JOELHO DIREITO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

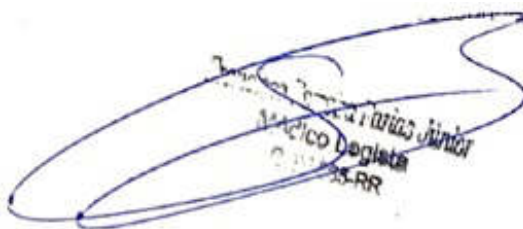
% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

VIII) . * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA EM CRISE, AGRAVADO DEVIDO GRANDE CONTINGENTE DE VENEZUELANOS REFUGIADOS EM RORAIMA.



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

FRANCISCO FERREIRA DE FARIAS JUNIOR - Registro no CRM: 365 - RR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190283061 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL EM JOELHO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME, EDEMA DE JOELHO DIREITO, DOR A PALPAÇÃO E A MOBILIDADE PASSIVA E/OU ATIVA DE JOELHO, A FLEXÃO E EXTENSÃO, ROTAÇÃO MEDIAL E LATERAL. NÃO CONSEGUE ADOTAR POSTURA DE AGACHAMENTO OU EM PONTAS.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DE PLATÔ TIBIAL EM JOELHO DIREITO E FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/05/2019

Conduta mantida:

Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU INTENSO DE JOELHO DIREITO.

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190283061 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL EM JOELHO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME, EDEMA DE JOELHO DIREITO, DOR A PALPAÇÃO E A MOBILIDADE PASSIVA E/OU ATIVA DE JOELHO, A FLEXÃO E EXTENSÃO, ROTAÇÃO MEDIAL E LATERAL. NÃO CONSEGUE ADOTAR POSTURA DE AGACHAMENTO OU EM PONTAS.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DE PLATÔ TIBIAL EM JOELHO DIREITO E FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/05/2019

Conduta mantida:

Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU INTENSO DE JOELHO DIREITO.

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190283061 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.
(CONFORME LAUDO MÉDICO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ PÁG 1. SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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