

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

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

## 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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](http://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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você







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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 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

Aleto: 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: Cantidina Soares de Macedo

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua david ramalho

Nº: 148

Bairro: liberdade

Telefone: (95) 99138-4539 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Placa NAC2091	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 Rava Piqueiredo  
Data de Impressão: 23/08/2018 09:45  
Protocolo nº: Não disponível

Página: 1 de 2



PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

## 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 transito do cruzamento de 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 caisse na via. Com a queda a comunicante sofreu diversas escoriações pelo corpo, tendo inclusive lesionado o joelho direito. Apos 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 providencias cabíveis. Este B.O é para fins de recebimento de seguro DPVAT. É o relato.

## ASSINATURAS

*Jorge Fernando Paiva Figueiredo*  
Jorge Fernando Paiva Figueiredo  
Responsável pelo Agendamento  
13/08/2018

*AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR*  
MAPT 42000787

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

"Declaro que o documento acima assinado é falso. Unico responsável pelas informações acima assinadas é ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que confirma, conforme afixado na parte final, que não se submete à competência da justiça criminal e que se submete ao Consenso do Código Penal Brasileiro."



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DIAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ASL:

CPF da vítima:

112 509 842-20

Nome completo da vítima:

maria das Dores S. M. Neves

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

Nome completo:

maria das Dores Soares de marcelo Neves

CPF:

112 509 842-20

Profissão:

professora

Endereço:

R. Daniel Zamalloa

Número:

148

Complemento:

Bairro:

Lizendade

Cidade:

Bom Jardim

Estado:

22

E-mail:

CEP:

69.309.012

Tel (DDD):

195199154-6697

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

**DADOS CADASTRAIS****RENDIMENTO MENSAL:** RECLUSO 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\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO 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 (Indicar os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:

4263

3

CONTA: 21.358

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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, multa 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 acima citado, 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 Lider para verificação da condição e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lci 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)  Divorciado  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(s), informar o nome completo:Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou: nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou: pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

Impressão
capital-s
script

Local e Data: 2020 09 104/2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Brancos Simão Braga

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá encantar outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, À SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clareza 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 da ocorrência: 1599-18

REGISTRO N°:	0023723
OCORRÊNCIA:	<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO
CÓDIGO:	T-05
REG. DE REFERÊNCIA:	_____

DATA	VIATURA	ÁREA DE ATUAÇÃO	HORÁRIOS	SAÍDA DA OBM	NO LOCAL	NA UNID. SAÚDE	NA OBM
16/10/18	R-02-15	<input checked="" type="checkbox"/> Leste <input type="checkbox"/> Oeste		22h48min	20h50min	21h06min	21h11min

1. DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

ENDEREÇO:	Av. Mamed Felipe	Nº 5 IN	BAIRRO:	Buritis
CIDADE:	Boa Vista	PONTO DE REFERÊNCIA:	Sup Brg Bon	
LOCAL DA OCORRÊNCIA	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> TRABALHO <input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> OUTRO:			

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME:	maria das Dores Soares de Moraes Neves	R.G.:	40996-SSPRR
D.N.:	18/04/57	IDADE:	61
SEXO:	<input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino	NECESSIDADES ESPECIAIS:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ENDEREÇO:	R David Rama Iho	N 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 N°: \_\_\_\_\_ SSP/ \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ RG N°: \_\_\_\_\_ SSP/ \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ RG N°: \_\_\_\_\_ 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 checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais	
<input type="checkbox"/> 3. À voz	<input type="checkbox"/> 4. Confuso	<input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso	
<input type="checkbox"/> 2. À dor	<input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas	<input type="checkbox"/> 4. Reage a dor	
<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Sons incomp./ Gemidos	<input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticção)	
	<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a 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"/> 5. Palavras/ sorriso/ Olhar acompanha	<input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros	
<input type="checkbox"/> 3. À voz	<input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado	<input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso	
<input type="checkbox"/> 2. À dor	<input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente	<input type="checkbox"/> 4. sente dor, mas não retira	
<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Agitação	<input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticção)	
	<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a 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

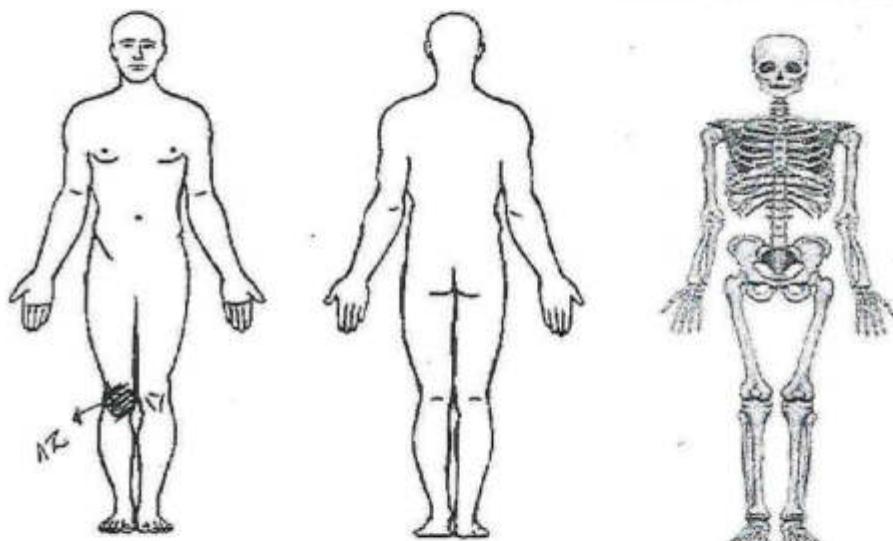
<input type="checkbox"/> Emerg. Cardíaca	<input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Choque anafilático	<input type="checkbox"/> Alcoolismo
<input type="checkbox"/> Crise hipertensiva	<input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Suspeita de aborto	<input type="checkbox"/>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



## 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 electricidade	<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, apresentava-se com DDM, h.º e sem capacete, que não havia usado com a vítima, foi retirado por terceiros. Apresentava escoriações na perna D, sem outras vitais. Foi conduzida ao P.S Francisco Elesbão para avaliação médica. Entregue atestado.

## 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 Antônio	
<input type="checkbox"/> P.A. Airton Rocha	<input type="checkbox"/> Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré	<input type="checkbox"/> Outro:
<input type="checkbox"/> Policlínica Cosme e Silva	<input type="checkbox"/> Hosp. Unimed	

## 14. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

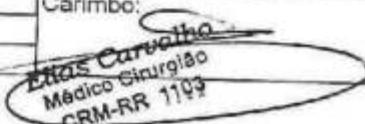
<input type="checkbox"/> Crítico	<input type="checkbox"/> Instável	<input checked="" type="checkbox"/> Estável
----------------------------------	-----------------------------------	---

## 15. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Chefe de equipe:	Socorrista (s):	Condutor da VTR:	Resp. pelo preenchimento:
Soft Tavares	Sd Breno Xavier	Sd Bragim	Sd Breno 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



**Eletrobras**  
Distribuição Roraima

SEU CÓDIGO

2019655-0

Para contato com a  
Distribuição, informe  
esse número

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Fino, 5000, CEP 68300-000 - Centro - São Vito - RR  
CNPJ: 02.045.479/0001-41 - insc. Licitação: 21.001.022-3  
www.eletrobras.com.br/rr/contato/contato.html - 096-61-33273  
Regime especial de tributação autorizado pelo SIS/ME/2012/001

Nº da Nota Fiscal: 4902541125

Nota Fiscal da Eletrobras - TCEP Município  
pelo Lote 10.130 do 26 de outubro de 2012

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

MARIA DAS DORES SOARES DE SÁCÉO HEVES  
R. DAVTO RAMALHO 148 LIBERDADE  
CPF: 00011250984770  
CEP: 69.309-012 - BOM VISTO

RUT: 5.001.12.07.022/002

DATA DA LEITURA	KWH	EVA+	DATAS DA LEITURA
	49120		25/03/2019
MAR	43565		Atuaç:
Ano anterior	1.080		Anterior:
Consumo de Multilíngue	545		Próxima Leitura:
Consumo Médio	545	ECAF:	22/03/2019
Consumo Fim de mês			Ensaio:
			25/03/2019
			Avulsão:
			31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Classe Socioeconômica	
RESIDENCIAL	02
Endereço	2.000,00
Numero Móvel	N 1525183
País	1.1.1.2
Estado	002
HISTÓRICO KWH	LOTEAÇÃO DA CONTA
MONTANTE MENSAL	145,00
FEV/19 458	R\$ 145,00 x R\$ 0,774200 = 107,26
JAN/19 294	
DEZ/18 577	
NOV/18 429	
OUT/18 615	
SET/18 565	
AGO/18 651	
JUL/18 578	
JUN/18 538	
MAR/18 525	
JUL/18 578	
JUN/18 538	
MAR/18 525	
JUL/18 578	
JUN/18 538	
MAR/18 525	

**MENSAGENS IMPORTANTES / REVISÃO DE VENCIMENTO**  
Lembrete: 02/04/2019 é a data de vencimento da fatura de fevereiro. Até o dia 22/03/2019, não constataram faturas vencidas para este cliente. Caso contrário, caso constate que a fatura de fevereiro é vencida, entre em contato com a Eletrobras para que seja feita a alteração da data de vencimento. Toda fatura vencida deve ser paga. Caso contrário, a Eletrobras não poderá fornecer serviços de energia elétrica.

INSCRIÇÃO AO FISCO: CE76.1987.0501.1135.2005.3896.773A.0000

COMPONENTES DA CONTA - R\$		IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$	
Consumo:	187,00	Bônus de CICLO:	421,95
Envolvimento:	227,85	Alíquota ICMS:	17,05
Impostos:	0,00	Alíquota IPI:	71,73
Encargos:	11,79	Valor do IPI:	8,76
Total:	70,10	Valor do COFINS:	3,51

INDICADORES DE CONTINUIDADE

ÍNDICE	VALOR	VALOR	VALOR
Consumo	187,00	187,00	187,00
Envolvimento	227,85	227,85	227,85
Impostos	0,00	0,00	0,00
Encargos	11,79	11,79	11,79
Total	70,10	70,10	70,10



**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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 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. Neves inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.509.842-20, do sinistro de DPVAT cobertura Inválida da Vítima maria das dores s.m. Neves, 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>Q: Estrela celeste</u>		Número <u>998</u>	Complemento
Bairro <u>Macau</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>Roraima</u>	CEP <u>69315-082</u>
Email <u>francisco.simeao@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(65) 3215-6697</u>	Telefone celular (DDD)	

Boa Vista, 09 de Abril de 2019  
Locat e Data

Francisco Simeão Araújo  
Assinatura do Declarante

### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Osmar Rodrigues Neves

RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição 11/11/11.  
Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 103.314.172-00 com  
domicílio na cidade de Bonfim, no Estado de  
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
100 Daniel Romão, nº 148,  
complemento sala. declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado 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:

PAO 2091

Chassi:

0057C6820FR591240

Data do Acidente:

Local e Data: Bonfim, RR 06/06/2018



Osmar 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, Osmar Rodrigues Neves  
RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição / / .  
Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 103.314.172-00 com  
domicílio na cidade de Bon Vista, no Estado de  
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
rua Daniel Aquino, nº 148,  
complemento sala, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado 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: VAO 2091

Chassi: 9027C4820FR591240

→ Data do Acidente: 16/04/18

Local e Data: Bon Vista, RR 06/06/2018



Osmar Rodrigues Neves

Assinatura do Declarante

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



SABEMI SEGURADORA S/A

12 SET. 2018

RECEBIDO

SABEMI SEGURADORA S/A

12 NOV 2018

RECEBIDO



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  
CRM: 610

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

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

Email: Admin@clinicaitor.com.br



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

*[Handwritten signature of Dr. Vitor Paracat Santiago]*  
Dr. Vitor Paracat Santiago  
CRM: 1635-RR

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

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

Email: Admin@clinicitor.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  
Homegrown (Grown)  
in Massachusetts

NOTURNO 19- 8  
CPF 07 Prontuário  
11250984220 00093334

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA										NOTURNO 19- B					
1800937307		16/04/2018 21:05:15		AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO		INHE-HGR									
Paciente		MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES		Data Nascimento 13/04/1957		Idade 61 A 0 M 3 D		CNS 706402345562390		CPF 07 11250984220		Prontuário 00093234			
Tipo Doc Documento		Órgão Emissor SSP/RR		Data Emissão 03/11/2003		Sexo F		Estado Civil CASADO(A) Parda		Raça/Cor BOA VISTA - RR		Nacionalidade BRASILEIRA			
IDENTIDADE 40995															
Mãe CANTIDIA SOARES MACEDO															
Endereço RUA - DAVID RAMALHO - 148 - LIBERDADE - BOA VISTA - RR												Ocupação PROFESSOR			
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº 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 RESGATE				Procedimento Sol.						Registrado por: CASSIA ANDRADE			
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue													
<b>Trauma</b> em <b>femur e joelho</b> (D)															
Anamnese de Enfermagem															
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : ) Paciente relata acidente de moto. Alugo uso de capacete. Neg trauma em cabeça. Relato dor em <b>femur e joelho</b> (D)															
GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL															
Exame Físico															
Pótese Diagnóstica															
DT - Exames Complementares <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:															
PRESCRIÇÃO Diclofenaco 75 mg Difeno 1g															
APRAZAMENTO 21/04/2018															
OBSERVAÇÃO bilhar															
<table border="1"> <tr> <td>UNIVERSITÁRIO HOSPITAL DE RONALDO</td> </tr> <tr> <td>AV. BRIG. EDUARDO GOMES, S/N</td> </tr> <tr> <td>CEP 69010-320 - RO</td> </tr> <tr> <td>tel: (95) 3121-0822</td> </tr> </table> 19/04/2018												UNIVERSITÁRIO HOSPITAL DE RONALDO	AV. BRIG. EDUARDO GOMES, S/N	CEP 69010-320 - RO	tel: (95) 3121-0822
UNIVERSITÁRIO HOSPITAL DE RONALDO															
AV. BRIG. EDUARDO GOMES, S/N															
CEP 69010-320 - RO															
tel: (95) 3121-0822															
Conduta <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: <i>Hospital</i>															
Ambulatório Observação (Até 24h) Internação Data e Hora da Alta/Alta:															
0 s do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família															
<i>União Arapiraca Hospital</i> Endereço: Rua 103 Centro - Arapiraca - RO CEP: 69000-000 Fone: (95) 3121-0822															

**Carimbo e Assinatura do Médico**

Impresso por: cassia.andrade  
Data/Hora: 16/04/2018 21:06:47



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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIÉNCIAS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE CIÉNCIAS  
CERTIFICAÇÃO NACIONAL DE HABILIDADES

NOME: MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES  
DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSOR/CPF  
40096 829 82  
CPF: 112.509.842-20 DATA Nascimento: 13/04/1957

RAZÃO: JONAS DE MACEDO  
CARTÓRIA SOARES MACEDO

PERMISSÃO: ACC DATA: 12/04/2015

PERÍODO: 03/2015/2023 - VALIDEZ: 06/01/2023 - VENCIMENTO: 07/04/2006

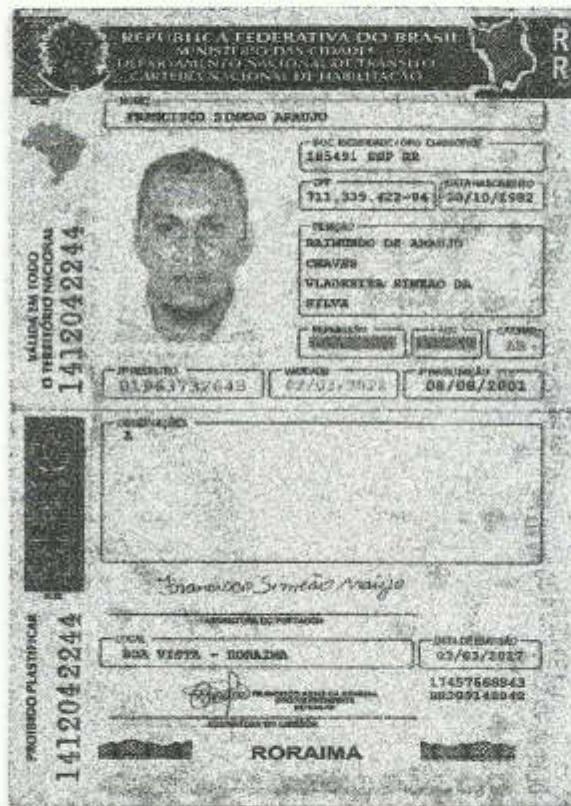
PERMITIDA: A

ASSINATURA DO EMISSOR: 

DATA DE EMISSÃO: 12/01/2015  
2538247516  
RR207826810  
NOTARIA DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA - RO

DEPARTAMENTO NACIONAL DE CIÉNCIAS  
CERTIFICAÇÃO NACIONAL DE HABILIDADES

980127455



MINISTÉRIO DA CIDADANIA  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RR  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLA 0107563141 RENAVAM 0107563141 B.N.F.C. EXERCÍCIO 2017

OSCAR RODRIGUES NEVES

103.314.172-00 CPF/CNPJ 1602091 PLACA

PLACA ANT/UP: PC230C4820FR551/4V CHASSI

ESPECIE FAB: PAS/MOTONETA/NEU COMBUSTIVEL: ALC/OUTROS

MARCA/NO. MODELO: HONDA/BIZ 125 ES ANO/FAB: 2015 ANO/MOD: 2015

CAP/PLT/CL: 2P/0124007 CATEGORIA: PÁTICU COB PREDOMINANTE: PRAH

1. COTA UNICA 2. COTA UNICA 3. COTA UNICA

1. PREMIO 2. PREMIO 3. PREMIO

VISA PREMIO COTA UNICA 1. PREMIO TOTAL (R\$) 06/02/2017

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 1. PREMIO 2. PREMIO 3. PREMIO

PRÉMIO TOTAL (R\$) 06/02/2017

1. FID. BANCO HONDA FINANCIAMENTO BEN. TRIBUTARIO 2. INCOI 3. ICP/IR

Francisco Assis da Silveira  
Diretor-Presidente

POA VISTA-RR 06/02/2017

DETAN - RR

SEGURO DE PROTEÇÃO PARA AS PESSOAS, MOTO, VEÍCULOS, AUTOMÓVEIS, DE VELOCIDADE, EQUIPAMENTOS, TRANSPORTADAS, QUADROS, SEGURO MAR

RR № 011598549078 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

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

[www.dpvatSEGurodoTransito.com.br](http://www.dpvatSEGurodoTransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 07/02/2017

PLA 103.314.172-00 CPF/CNPJ 1602091 PLACA

RENAVAM 0107563141 HONDA/BIZ 125 ES MARCA/NO. MODELO

ANO/FAB 2015 ANO/UP PC230C4820FR551/4V CHASSI

PREMIO TARIFÁRIO FINS IRPF R\$81,29 DETAN IRPF R\$8,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90,33

REGISTRO DO BILHETE (R\$) 06/02/2017 ICMS IRPF 06/02/2017

PAGAMENTO 1. COTA UNICA 2. PARCELADO DATA DE OUTAÇAO 06/02/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.242.608/0001-04

[www.SeguradoraLider.com.br](http://www.SeguradoraLider.com.br)

**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.**

<b>Número do sinistro:</b>	3190283061
<b>Nome do(a) Examinado(a):</b>	MARIA DAS DORES SOARES DE MACEDO NEVES
<b>Endereço do(a) Examinado(a):</b>	RUA DAVID RAMALHO 148 LIBERDADE
<b>Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:</b>	112.509.842-20
<b>Data e local do acidente:</b>	16/04/2018 BOA VISTA RR
<b>Data e local do exame:</b>	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) Nexo 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 transito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

**Região Corporal (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):**

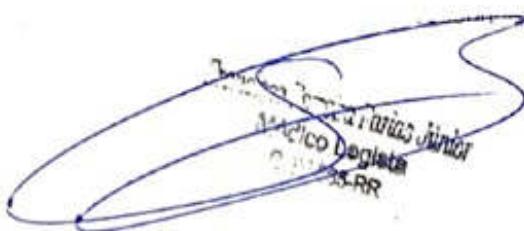
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**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      **Data do acidente:** 16/04/2018      **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A  
MACEDO NEVES

## 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
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## 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
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

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

## 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>