
Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200219104

Vítima: ERENILCE SILVA AREDES BATISTOT

Data do Acidente: 16/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERENILCE SILVA AREDES BATISTOT

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, 05 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200219104

Vítima: ERENILCE SILVA AREDES BATISTOT

Data do Acidente: 16/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERENILCE SILVA AREDES BATISTOT

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: ERENILCE SILVA AREDES BATISTOT

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 0000011738-8

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 632.515.312-04 4 - Nome completo da vítima: ERENILCE SILVA Azevedo Batista

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

5 - Nome completo: ERENILCE SILVA Azevedo Batista 6 - CPF: 632.515.312-04
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Av. São José 9 - Número: 632 10 - Complemento:
11 - Bairro: Alvorada 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 68.30000-0
15 - E-mail: ELIERRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95) 98404-5368

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 11738 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 15/06/2020

ERENILCE SILVA Azevedo Batista
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014071/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/04/2020 10:22 Data/Hora Fim: 23/04/2020 11:32
Delegado de Polícia: Candida Alzira Bentes de Magalhaes Senhoras

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 5º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 16/03/2020 10:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Laura Moreira (Cruviana)
Logradouro: AV. FRANCISCO ANACLETO

Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ERENILCE SILVA AREDES BATISTOT (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 16/06/1978 Idade: 41 anos
Naturalidade: RR - Boa Vista Profissão: Manicure e Pedicure
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Laura da Silva Aredes Nome do Pai: Erenildes Gomes Aredes

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 632.515.312-04
RG - Carteira de Identidade: 187318

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA MANAIRA Nº: 64
Bairro: MANAIRA
Telefone: (95) 99120-5114 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Idade:

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Telefone: (95) 98404-0575 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 632.515.312-04
Placa NAP4607	Renavam 01091932465
Número do Motor JC70E0G011900	Número do Chassi 9C2JC7000GR011896
Ano/Modelo Fabricação 2016/2016	Cor VERMELHA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014071/2020

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/BIZ 110I

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/BIZ 110I

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 01/01/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
Erenilce Silva Aredes Batistot	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

COMUNICA QUE TRAFEGAVA PELA AV. ACIMA CITADA EM SUA MOTOCICLETA, SENDO QUE O CONDUTOR ERA SEU COMPANHEIRO, QUE AO TENTAR DESVIAR DE UM ÔNIBUS VIERAM A COLIDIR NA LATERAL DE OUTRO VEICULO, SEGUNDO A COMUNICANTE A MESMA DESMAIOU VINDO A SOFRER FRATURAS NO PÉ ESQUERDO E VARIAS LESÕES NAS PERNAS, QUE O IRMÃO DA CONDUTORA DO VEICULO, CHEGOU NO LOCAL DO ACIDENTE E LEVOU SUA MOTOCICLETA, CHAVE E O DOCUMENTO COMO GARANTIA DE PAGAMENTO DO PREJUÍZO, QUE A COMUNICANTE ENTROU EM CONTATO COM A PESSOA QUE LEVOU A MOTOCICLETA E O MESMO FALA QUE A DEIXOU EM UMA OFICINA COMO PAGAMENTO E EXIGE QUE A COMUNICANTE TRANSFIRA A MOTOCICLETA PARA SEU NOME, SENDO QUE A MESMA NUNCA SE NEGOU EM PAGAR O PREJUÍZO E PRECISA DA SUA MOTOCICLETA. É O RELATO PEDE PROVIDÊNCIAS.

ASSINATURAS

Elinelson Aguiar Dos Santos

Agente de Polícia
Matrícula 42000746
Responsável pelo Atendimento

Erenilce Silva Aredes Batistot

(Comunicante / Vítima)

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERENILCE SILVA AREDES BATISTOT

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000011738-8

Nr. da Autenticação 70B50489535BD55C

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Correa, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 308/13

Nº da Nota Fiscal 4753198

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002 FCAM

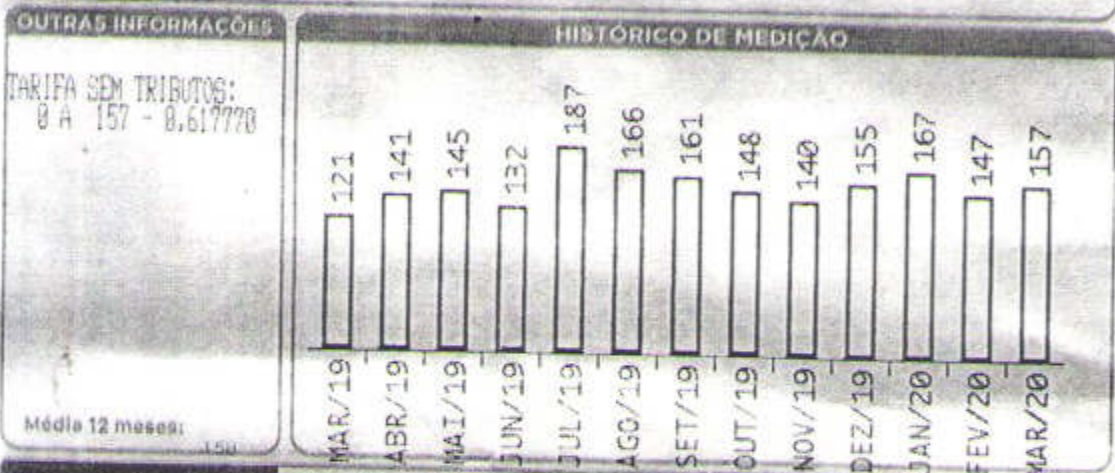
DATA M.S.	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2020	28/03/2020	157	151,60

ALVILINA GOMES DE ABREU
AV. SÃO JOSÉ 632 - ALVORADA
CEP: 69.317-190 - BOA VISTA

CPF: 00033451494353

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	19306	Atual:	10/03/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.1
Anterior:	19149	Anterior:	06/02/2020	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	33	Próxima leitura:	10/04/2020	Ligação:	MONO
Constante de Multiplicação:	1,000	Emissão:	09/03/2020	Número Medidor:	12EDM00310
Consumo medido:	157	Apresentação:	10/03/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	157			Modalidade:	N 1423489

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	157 A R\$ 0,764425 =	120,01
ILUMINACAO PUBLICA		31,59



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LIQUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 09/03/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 5DDE.23B7.05F5.77D2.0959.2E6E.8E90.2C05

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Energia:	64,90	Encargos:	0,67	Base de Cálculo: 120,01	ALÍQUOTA	VALOR
Distribuição:	28,43	Tributos:	23,01		ICMS:	17,00% 20,40
Transmissão:	0,00				PIS:	0,38% 0,46
					COFINS:	1,79% 2,15

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			DIO			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Continuando								

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4872053

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	03/2020	21-FEB-20 a 25-MAR-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
703	11-APR-20	R\$ 579,51

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089170	03/2020	R\$ 579,51

836400000052.795100750004.000000001081.917003200057



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DC_ORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP 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 Flair Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Emilce Silva Mendes Batista inscrito (a) no CPF sob o Nº 632.515.312 / 09

do sinistro de DPVAT colutura Invalidez da Vítima Emilce Silva Mendes Batista

inscrito (a) no CPF sob o Nº 632.515.312 / 09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

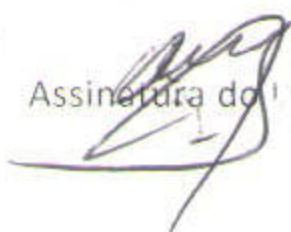
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência: In junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua: Antônio P. Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILIOIRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 38404-5368</u>

Local e Data: Boa Vista - RR

Assinatura do Declarante





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

1ª Classificação

Reclassificação

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul Ass.

Justo

2001231420

16/03/2020 23:58:43

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19

Paciente

ERENILCE SILVA AREDES BATISTOT

Data Nascimento

17/06/1978

Idade

41 A 9 M 0 D

CNS

898003474694709

CPF

63251531204

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

IDENTIDADE 187318

SSP/RR

03/12/2013

F

PARDA

BOA VISTA - RR

BRASILEIRA

Mãe

LAURA SILVA AREDES

Pai

ERENILDES GOMES AREDES

Contato

(95) 99158-8849

Endereço

RUA - MANAIRA - 164 - CRUVIANA - BOA VISTA - RR

Ocupação

NÃO INFORMADA

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

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Registrado por:

ADAO

Queixa Principal

ACIDENTE DE MOTO

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 00:00 h)

PACIENTE TRAVELA PELOS BOMBEIROS, ÚLTIMA DE ACIDENTE MOTO X ÔNIBUS, REFERE DOR EM PERNA (C). NEGA ALERGIA E COMORBIDADES.

Exame Físico

AE: VÍSCERAS ABOLIDAS + GARG. CERVICAL + PULSO RÍGIDO
D: EXPANSIBILIDADE PRESERVADA + MV (+) + NORMOTENSÃO + SATO 98%
C: NORMOTENSÃO + NORMOCÉFALIA + TCC C 3a

D= ECG 15 + PULSO RÍGIDO
C= LASS CORD CONUS
DE LIO (+) + M4 (+)

Hipótese Diagnóstica

POLITRAUMA

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

1- DILATAÇÃO PRESCRIÇÃO

2- PARACETAMOL 400mg IV

3- RX PERNA (C) + TENDÃO + R (C)

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 3121-0620

AUTENTICAÇÃO

13 MAR 2020

Certifico e dou fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

Conduta

☒ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☒ Transferência para: ONTOLOGIA

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / / : :

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica / / : :

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: adao

Data Hora: 17/03/2020 00:00:58

© 2020
SOTEC - Soluções em Tecnologia
SA - Integridade em Saúde
Vtr. 4.2.59 - 01.09.12



2001231420

Out Dr Pabre

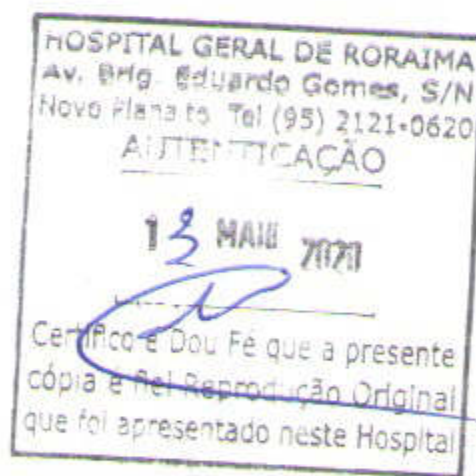
PT vítima de acidente trânsito (SIC)

PT evidenciou Fx telar distal (E)

is. melange, retar Hx, murcio PIR,

músculos, retornar ao Ut

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1995



14 JAN 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

PLACAO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSAO
[]

ACC
[]

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

Nº HABILITACAO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSAO
30/01/2015

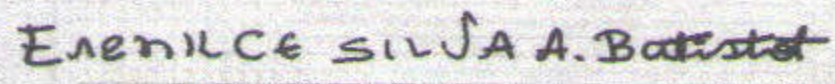
92485240616
R207968020

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR
980151096

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ		REGISTRO GERAL 187318	DATA DE EXPEDIÇÃO 01/03/2018
 Polegar Direito		NOME ERENILCE SILVA AREDES BATISTOT	
 ASSINATURA DO TITULAR		FILIAÇÃO ERENILDES GOMES AREDES LAURA DA SILVA AREDES	
		NATURALIDADE BOA VISTA - RR	
		DATA DE NASCIMENTO 17/06/1978	
		DOC. ORIGEM CERTD CAS 8122 FLS 122 LIV B-41 BOA VISTA - RR	
		CPF 632.515.312-04	
		2ª VIA	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		AMADEU ROCHA TRIANI Porto Papiloscópico da Polícia Civil Diretor do IOC	
		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200219104 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERENILCE SILVA AREDES BATISTOT **Data do acidente:** 16/03/2020 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁGINAS 01 E 02.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200219104 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERENILCE SILVA AREDES BATISTOT **Data do acidente:** 16/03/2020 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁGINAS 01 E 02.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Erenice Silva Aredes Batista
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônoma
IDENTIDADE:	187318 SSP/RR
ENDEREÇO:	Av. São José, 632, Alharador

OUTORGADO

NOME:	Iloir Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua. Antonio P. Gollão, 1832, Buritis

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 16/03/2020, cobertura Invalidez, vítima: Erenice Silva Aredes Batista

Boa Vista - RR, 06/04/2020



LOCAL E DATA

Erenice SILVA Aredes Batista

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO
 Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
 Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
 Av. Ataide Teive, 4307 - Asa Branca - Boa Vista/RR
 Fone: (95) 3627-4186
 2oficiobovista@cartorioaquino.com.br

192.043
 Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
 de ERENICE SILVA AREDES BATISTA

Em testemunho da verdade. LFS
 Do que dou fé, Boa Vista/RR, 06 de abril de 2020.
 Consulte o(s) registro(s) abaixo em: portal.selori.com.br
 REC FIR 156295 FB60CVBUUSCPPY21

Emolumentos: R\$ 2,56 Fundos ISS: R\$ 0,65 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,71

Escrevente Autorizada
 Daniel Aquino

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169715/20

Vítima: ERENILCE SILVA AREDES BATISTOT

CPF: 632.515.312-04

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 16/03/2020

Titular do CPF: ERENILCE SILVA AREDES BATISTOT

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

ERENILCE SILVA AREDES BATISTOT : 632.515.312-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/06/2020
Nome: ERENILCE SILVA AREDES BATISTOT
CPF: 632.515.312-04

ERENILCE SILVA AREDES BATISTOT

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/06/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO