

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



*William Gonçalves Franco*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

239717

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

**WILLIAM GONÇALVES FRANCO**

FILIAÇÃO

**GERALDO ROCHA FRANCO**

**MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO**

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

**SANTA INÊS - MA**

**09/12/1978**

DOC. ORDEM

**CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35**

**2 OF BOA VISTA - RR**

**825.396.343-20**

**AMADEU ROCHA TRIANI**

**2 VIA**

Perito Papiloscópico do Polícia Civil  
Diretor de SCS

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	2019			2020			2021
	Março	Junho	Anual	Março	Junho	Anual	Março
Continuidade	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Descontinuidade	0,00			0,00			0,00

HGR

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação/Reclassificação  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

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

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

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

Histo  
MIS  
Doc

2001206912 08/01/2020 10:55:02 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 20

Paciente **SILMARA CORREA DE SOUZA** Data Nascimento **15/07/1993** Idade **26 A 5 M 24 D** CNS **898003225841015** CPF **01410000230** Prontuário

Tipo Doc **IDENTIDADE** Documento **3450651** Órgão Emissor **SSP/RR** Data Emissão **02/12/2013** Sexo **F** Estado Civil **SOLTEIRO(A)** Raça/Cor **LAGO DA PEDRA -** Nacionalidade **BRASILEIRA**

Mãe **SILVANA FERNANDES CORREA DE SOUZA** Pai **NI** Contato **(95) 99167-0401**

Endereço **RUA - GERVASIO BARBOSA DO MONTE - 91 - ASA BRANCA - BOA VISTA - RR** Ocupação

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Validade **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Autorização **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Sis Prenatal **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **URGÊNCIA** Procedência **URGÊNCIA** Temp. **URGÊNCIA** Peso **URGÊNCIA** Pressão **URGÊNCIA**

Sector **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol. **URGÊNCIA** Registrado por: **ERBEJONE.SIMPLICIO**

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

*Acidente Motociclista.*

#### Anamnese de Enfermagem

GSC **AD: 12 34 RV: 1234 MRV: 123456** TOTAL **15**

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

*Paciente trazida pelo SAMU, vítima de acidente motociclista, com relato de dor em coxa (D). SAMU relatou fratura exposta no mesmo local.*

#### Exame Físico

*BEB, LOPE, APA, COMAD. ALIMENTADA, EVASICA, MV@, BILATERAL, S/RA, ABDOME INOCENTE, MÚSCULOS CONTRAÍDOS, CETOES E SINGELARES. FEITO LA DE DIFERENÇA PELA SAMU.*

#### Hipótese Diagnóstica

*Fratura exposta de fêmur.*

#### SADT - Exames Complementares

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

#### PRESCRIÇÃO

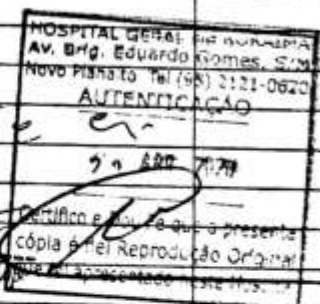
#### APRAZAMENTO

#### OBSERVAÇÃO

*1) MORFINA 5mg + SF 49%. Sml feito*

*fratura exposta fêmur de direita*

*la de CC.*



#### Conduta

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

☐ Ambulatório  
☐ Observação (Até 24h)  
☐ Internação  
Data e Hora da Saída/Alta: *11/11/2020*

#### Óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica *11/11/2020*

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: erbejone.simplicio  
Data Hora: 08/01/2020 10:55:41

2001206912

*Pedro Lins*  
Médico  
CRM-RR 2142



2001206912

*2001206912*

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.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 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 William Gonçalves Franco

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Guilherme Pereira de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.100.002 / 30

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Guilherme Pereira de Sousa

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 825.396.343 / 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>Rua CC 11</u>	Número: <u>295</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	CEP: <u>69.318-050</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>	Estado: <u>RR</u>	Tel. (DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 13 de Maio de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

INDICADORES DE CONTINUIDAD							
	2011			2012			
	Trimestral	Trimestral	Anual	Trimestral	Trimestral	Anual	Trimestral
Continuidad	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Continuidad	0,00			0,00			0,00

**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: 4853965

**ELIETE ARAUJO DA SILVA**

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>19-FEB-20 a 23-MAR-20</b>
CONSUMO (kWh) <b>675</b>	VENCIMENTO <b>06-APR-20</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</b>

**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**

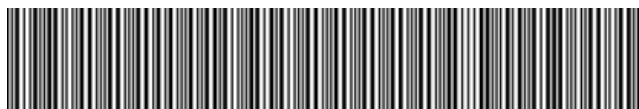
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



# 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: 014.100.009-30 3 - CPF da vítima: 014.100.009-30 4 - Nome completo da vítima: Silmara Corrêa de Souza

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

5 - Nome completo: Silmara Corrêa de Souza 6 - CPF: 014.100.009-30  
7 - Profissão: Secreária Geral 8 - Endereço: R. Av. Barmalre de Almeida Fontes 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Edson do Apiau 12 - Cidade: Edson do Apiau 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.340-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 99113-3855

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:  
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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: 0653 CONTA: 00039112 6  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e cando, 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (seu nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital  
Vítima ou  
Beneficiário  
ou seu representante

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

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

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

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista RR, 13 de Maio de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



**Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200191707**

**Vítima: SILMARA CORREA DE SOUZA**

**Data do Acidente: 08/01/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SILMARA CORREA DE SOUZA**

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **SILMARA CORREA DE SOUZA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000653**

Conta: **000000039112-6**

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](http://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: 014.100.009-30 3 - CPF da vítima: 014.100.009-30 4 - Nome completo da vítima: Silmara Corrêa de Souza

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

5 - Nome completo: Silmara Corrêa de Souza 6 - CPF: 014.100.009-30  
7 - Profissão: Secreária Geral 8 - Endereço: R: Av. Barmalre de Almeida Fontes 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Edson do Apiau 12 - Cidade: Edson do Apiau 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.340-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 99/13-3855

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:  
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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: 0653 CONTA: 00039112 6  
(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 cando, 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (seu nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital  
Vítima ou  
Beneficiário  
ou seu representante

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

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

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

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 13 de Maio de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

**AUTENTICAÇÃO**

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia  
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 18 de 03 de 2020  
*[Assinatura]*  
Assinatura

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 001192/2020

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 09/01/2020 10:33 Data/Hora Fim: 09/01/2020 10:58  
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 811550 Data: 08/01/2020  
Delegado da Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 08/01/2020 10:30

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)  
Bairro: Canarinho  
Logradouro: RUA PEDRO TEIXEIRA C VILLE ROY

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

**Motivação**

Não definido

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: JACKSON ARAÚJO DE SOUZA (CONDUTOR, ENVOLVIDO)**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 11/03/1984 Idade: 36 anos  
Naturalidade: MA - Santa Luzia Profissão: Fotógrafo Escolaridade: Ensino Superior Incompleto  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Maria da Jesus Araújo de Souza Nome do Pai: Joaquim Alencar da Souza

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 742.452.792-49  
RG - Carteira de Identidade: 184637

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: rua Pedro Camargo Nº: 1924  
Bairro: Cidade Satélite  
Telefone: (95) 99124-9095 (Celular)

**Nome Civil: SILMARA CORREA DE SOUZA (VÍTIMA)**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 15/07/1993 Idade: 26 anos  
Naturalidade: RN - Lagoa de Escolaridade: Ensino Superior Completo  
Estado Civil: Sem Informação  
Nome da Mãe: Silvana Fernandes Corrêa de Souza Nome do Pai: Francisco Silva de Souza

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 014.100.002-30  
RG - Carteira de Identidade: 3450651

**Endereço**

Município: Mucajaí - RR



Delegado de Polícia Civil: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho  
Impresso por: Jeanne Brito Dos Santos  
Data de Impressão: 18/05/2020 10:49  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001192/2020

Logradouro: RUA ROBERTO CARLOS  
Bairro: CENTRO

Nº: 4045

Nome Civil: OSANIEL MENDES DE SOUZA FILHO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade:

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Policial Militar

Nome da Mãe: Maria Luiza Tomaz

Em Serviço: Sim

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 586.836.152-00

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: CIPTUR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão

Descrição NÃO IDENTIFICADO

Placa 7589

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Jackson Araújo da Souza

Possuidor

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 014.100.002-30

Placa NAN9291

Renavam 01075680856

Número do Motor KD10E0G002282

Número do Chassi 9C2KD1000GR002282

Ano/Modelo Fabricação 2016/2015

Cor VERMELHA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/NXR 160 BROS

Modelo HONDA/NXR 160 BROS

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Última Atualização Denatran 23/08/2017

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Envolvimentos

Silmara Correa de Souza

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

CONFORME ROP 811550-J ANEXO.

**ATENTICAÇÃO**

Certifico a dou fé, que a presente fotografia  
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 18 de 05 de 2020

*[Assinatura]*  
Assinatura



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001192/2020

ASSINATURAS

Rosana Jucara Vileca Moreira

Agente de Polícia  
Matrícula 42000370

Responsável pelo Atendimento

Silmara Correa de Souza

(Vilima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e deixo que podem responder civil e criminalmente pela presente declaração que deliberei, conforme previsto nos Artigos 333-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Condição do Código Penal Brasileiro."

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia  
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 18 de Maio de 2020  
*[Assinatura]*  
Assinatura

**PMRR - CIPTUR****RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

SÉRIE J

Nº 811550

Vtr	SUCp	Data	S/Seror	H/Transm	Hári	Ch/H	H/H
INTEGRADO	CIPTUR	08/01/2020	ESTE/OESTE	10:30	10:30	10:35	11:30
Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prost.	Ser. Nl.	Km/H			
1001/1003	13999						

**LOCAL DE OCORRÊNCIA**

Local: RUA PEDRO TEIXEIRA C/ AV. VILLE ROY

Bairro: CANARINHO

Ref:

CRUZAMENTO

**PESSOAS RELACIONADAS**

1	ENVOLVIDO	Nome: JACKSON ARAUJO DE SOUZA	Idade: 35	E Civil
Endereço: RUA PEDRO CAMARGO Nº 1924 - CIDADE SATELITE				
RG:	184637 - RR	CNH	02860493698	Profissão: FOTOGRAFO
CPF	742.452.792-49	TEL		
2	ENVOLVIDO	Nome: SILMARA CORREA DE SOUZA	Idade: 26	E Civil
Endereço: RUA ROBERTO CARLOS Nº 4045 - CENTRO MUCALA				
RG:	3450651 - RR	CNH	05553314070	Profissão: PROFESSORA
CPF	014.100.002-30	TEL		

**VEICULOS ENVOLVIDOS**

V1 ITEM 01 AUTOMOVEI CHERY DE CÔR PRETA E PLACAS 7589 COM DANOS NO PARA CHOQUE DIANTEIRO GRADE, CAPÔ E PLACA DIANTEIRA.

V2 ITEM 02 MOTOCICLETA HONDA BROZ DE COR VERMELHA E PLACA NAN3291 COM DANOS NOS RETROVISORES, PISCA TRASEIRO LADO DIREITO E CARENAGENS.

**MATERIAL APREENDIDO**

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): NADA APREENDIDO

ASSINATURA

CASO

ACPC

LOCAL

DAT

HISTÓRICO

Senhor (a) delegado (a),

ACIONADOS VIA CICPS PARA ATENDER UMA OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO NO ENDEREÇO ACIMA CITADO ONDE NO LOCAL O ITEM 01 NOS INFORMOU QUE SEGUIA PELA RUA PEDRO TEIXEIRA SENTIDO RIO BRANCO E A ITEM 02 SEGUIA PELA AV. VILLE ROY SENTIDO CAÇARI, QUANDO NO CRUZAMENTO DESSAS VIAS, O ITEM 01 CRUZOU A VIA PREFERENCIAL, UMA VEZ QUE HAVIA PLACAS DE PARÊ NA RUA PEDRO TEIXEIRA, OCASIONANDO ASSIM O ACIDENTE.

CHEGANDO NO LOCAL A ITEM 02 E SUA CARONA, A SENHORA SUMARA FORAM ATENDIDAS PELAS VIATURAS DO SAMU E FORAM LEVADAS PARA ATENDIMENTO MÉDICO.

SEGUNDO A SOCORRISTA DO SAMU, A ITEM 02 APARENTAVA POSSÍVEL FRATURA NA PERNA DIREITA COMO OS VEÍCULOS FORAM REMOVIDOS DO LOCAL EXATO DO ACIDENTE NÃO FOI ACIONADA A PERÍCIA AS INFORMAÇÕES DA ITEM 02 E SUA CARONA, FORAM REPASSADAS PELO SR. JOSÉ WALDEIR DE SOUZA CRUZ DE CNH 04188479170 QUE TAMBÉM FICOU RESPONSÁVEL PELO MOTOCICLETA DA ITEM 02.

ERA O QUE TINHA A INFORMAR.

SGT OSANIEL

40.230-3

CADASTRO

SGT

Posto/Graduação

CIPTUR

SUOP



Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200191707                      Vítima: SILMARA CORREA DE SOUZA

Data do Acidente: 08/01/2020                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SILMARA CORREA DE SOUZA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
--------------------------------	--

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



---

**Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200191707**

**Vítima: SILMARA CORREA DE SOUZA**

**Data do Acidente: 08/01/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SILMARA CORREA DE SOUZA**

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



# 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: 15/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILMARA CORREA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000039112-6

---

Nr. da Autenticação 7812B1F0E8D5A6CC

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0149099/20

**Vítima:** SILMARA CORREA DE SOUZA

**CPF:** 014.100.002-30

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

**Data do acidente:** 08/01/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SILMARA CORREA DE SOUZA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

### SILMARA CORREA DE SOUZA : 014.100.002-30

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/05/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/05/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0149099/20

**Número do Sinistro:** 3200191707

**Vítima:** SILMARA CORREA DE SOUZA

**CPF:** 014.100.002-30

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

**Data do acidente:** 08/01/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SILMARA CORREA DE SOUZA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## 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](http://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: 04/06/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/06/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE :

NOME: Silmara Correia de Souza  
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira  
PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ RG: 345065-7  
CPF: 014.100.002-30 ENDEREÇO: R. W. Carmo de Almeida  
BAIRRO: Vila do Aspiro CIDADE: Boa Vista  
CEP: 69.340-000


VÍTIMA: Silmara Correia de Souza  
CPF: 014.100.002-30 DATA DO SINISTRO: 08 de janeiro de 2020  
NATUREZA: \_\_\_\_\_

### OUTORGADA :


NOME: William Gonçalves Branco  
NACIONALIDADE: Brasileira  
ESTADO CIVIL: Casado  
PROFISSÃO: Advogado  
Nº DO RG: 289717 ÓRGÃO EMISSOR: GGSP - RR  
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16  
Nº CPF: 825.396.343-20  
ENDEREÇO: Rua CC 18 296 Laura Moreira

### PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalididez a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

 Boa Vista, 15 de Maio de 2020.  
Silmara Correia de Souza  
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

 **CARTÓRIO LOUREIRO** DR. JOZEL LOUREIRO  
TABELADO E REGISTRANDO  
REC AUTENTICA a(s) assinatura(s) Silmara  
Em testemunho de verdade. Boa Vista, 13/04/2020  
Emitido: 2.50, FUNDEJURR: 0.26, PSC: 0.13, FECON: 0.13, ISS: 0.13, Vlr Selo: 1.50  
Selo: REC FIR 156345H9Q3GNT627ESEA30 N° Ticket: 40000  
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselo.org.com.br> Silmara de Souza Junior  
CPF Solicitante: 3229393253 José da Silva  
Cartório Loureiro

NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento. Dou fé.

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0149099/20

**Vítima:** SILMARA CORREA DE SOUZA

**CPF:** 014.100.002-30

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

**Data do acidente:** 08/01/2020

**Titular do CPF:** SILMARA CORREA DE SOUZA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

### SILMARA CORREA DE SOUZA : 014.100.002-30

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/05/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/05/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200191707 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SILMARA CORREA DE SOUZA **Data do acidente:** 08/01/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA EM FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO- PLACA E PARAFUSOS- ALTA.(ANEXO P.1,28,29,62,63).

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200191707 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SILMARA CORREA DE SOUZA **Data do acidente:** 08/01/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA EM FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO- PLACA E PARAFUSOS- ALTA.(ANEXO P.1,28,29,62,63).

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50