
Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190588227

Vítima: CREUZA LINHARES DE MESQUITA

Data do Acidente: 03/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CREUZA LINHARES DE MESQUITA

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, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190588227

Vítima: CREUZA LINHARES DE MESQUITA

Data do Acidente: 03/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CREUZA LINHARES DE MESQUITA

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

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

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 03/04/2019, emitido pelo Dr. SILVIO F. DOS REIS CRM nº 295 - RR, da Instituição INSTITUTO MÉDICO LEGAL - RR, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

567.818.482-53

4 - Nome completo da vítima:

CREUZA LINHARES DE MESQUITA

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

5 - Nome completo:

CREUZA LINHARES DE MESQUITA

6 - CPF:

567.818.482-53

7 - Profissão:

Automotora

8 - Endereço:

RUA: SOLANGEA

9 - Número:

137

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

LAURA MOREIRA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

69.318-181

15 - E-mail:

francisco.belarmino@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

(95) 99134-6697

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



SEM RENDA



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 8027

013

CONTA:

35095

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):



Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou



O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou



O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (ou 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 (vair 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

BOA VISTA, PE, 14/10/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003573/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/02/2019 08:52 Data/Hora Fim: 14/02/2019 09:18
Origem: Polícia Judiciária Data: 14/02/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 03/12/2018 08:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Cruzeiro do Sul

Bairro: Jardim Primavera

Ponto de Referência: Em frente de uma panificadora
Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CREUZA LINHARES DE MESQUITA (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: PA - Marabá	Sexo: Feminino	Nasc: 14/09/1975
Profissão: Do Lar		Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: Teresinha Linhares de Mesquita			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 567.618.482-53

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Telefone: (95) 99119-6270 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 384.500.971-34	Placa NUI-6942
Renavam 01038764642	Número do Motor KD08E1F411761
Número do Chassi 9C2KD0810FR411761	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Cor BRANCA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD
Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Creuza Linhares de Mesquita	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 14/02/2019 09:18
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003573/2019

A comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos, quando transitava conduzindo a motocicleta também já descrita, sendo à mesma de propriedade de seu companheiro VALDECY ALVES CHIMENDES, CPF 384.500.971-34. Onde foi colidida por um veículo que transitava em sentido contrário e tentou fazer uma ultrapassagem naquele momento (NÃO SABENDO INFORMAR AS CARACTERÍSTICAS IDENTIFICADORAS, MAS QUE O CONDUTOR PERMANECER NO LOCAL ATÉ SEU RESGATE). Que sofreu lesões corporais e foi socorrida pelo SAMU até o HGR. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE.** Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inácio Araújo
Agente de Polícia Civil
Mat 042000000

Jefferson Inácio Araújo
Responsável pelo Atendimento

Creuza L de Mesquita

Creuza Linhares de Mesquita
(Vítima / Comunicante)

"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 dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Fu(e)u(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLENIMENTOS) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

3 - Nº do contrato de seguro: 567.618.482-53 4 - Nome completo do segurado: CREUZA LINHARES DE MESQUITA

INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDITA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

5 - Nome completo: CREUZA LINHARES DE MESQUITA 6 - Nº: 567.618.482-53

7 - Profissão: AUTOMOTIVA 8 - Endereço: RUA: SOLANGEA 9 - Nº: 137 10 - Complemento: CASA

11 - Nome: LAURA M. DE RA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.318-181

15 - E-mail: francisco.beirão@gmail.com 16 - Nº: 195799154-669

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 17 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

Declara, para todos os fins de direito, sob as penas da lei, que as informações acima informadas, conforme mencionado anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDITA MENSAL DO TITULAR DA COBERTURA:

☒ REFUSE INFORMAR ☐ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.500,00 ☐ R\$ 2.501,00 A R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 A R\$ 10.000,00

21 - ENDOSSES (CONDIÇÕES): ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (INDENIZADO) ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (INDENIZADO) (INDENIZADO)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para a cobertura de invalidez permanente)

☐ Prateleira (237) ☐ Nova (341) ☐ Balcão Brasil (300) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 8027 013 CONTA: 35095 5

(Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador)

☐ CONTA CORRENTE (Indenização)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora a ceder, por meio eletrônico, a informação de que a titularidade, o valor da indenização e o valor do Seguro DPVAT, e seu valor líquido, reconhecendo e assumindo a responsabilidade de atualização do crédito, quitação total da dívida, e a validade.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DE IMPL. PROTEGIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declara, sob as penas da lei, que não possui laudo de incapacidade emitido por médico, ou por outro profissional habilitado, para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, ou seja, que possui uma das opções:

☐ Não há IM, que atende a regra do acidente ou da minha residência, ou
☐ O IM, que atende a regra do acidente ou da minha residência não mostra sintomas para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IM, que atende a regra do acidente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

Pelo não atendimento, não há IM, ou IM, que não atende a regra do acidente ou da minha residência, ou seja, que não possui laudo de incapacidade emitido por médico, ou por outro profissional habilitado, para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, ou seja, que possui uma das opções: ☐ Não há IM, que atende a regra do acidente ou da minha residência, ou ☐ O IM, que atende a regra do acidente ou da minha residência não mostra sintomas para fins do Seguro DPVAT; ou ☒ O IM, que atende a regra do acidente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil do segurado: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Separado ☐ Divorçado ☐ Outros ☐ 24 - Data do último dia de vida: _____

25 - Se a beneficiária for viúva: ☐ Sim ☐ Não 26 - Se a beneficiária for viúva, informar o nome completo: _____

27 - Se a beneficiária for viúva, informar o nome completo: _____

28 - Se a beneficiária for viúva, informar o nome completo: _____

29 - Se a beneficiária for viúva, informar o nome completo: _____

30 - Se a beneficiária for viúva, informar o nome completo: _____

31 - Se a beneficiária for viúva, informar o nome completo: _____

32 - Se a beneficiária for viúva, informar o nome completo: _____

33 - Se a beneficiária for viúva, informar o nome completo: _____

34 - Se a beneficiária for viúva, informar o nome completo: _____

35 - Se a beneficiária for viúva, informar o nome completo: _____

36 - Se a beneficiária for viúva, informar o nome completo: _____

37 - Se a beneficiária for viúva, informar o nome completo: _____

40 - Data da Declaração: BOA VISTA, RR, 14/10/2019

41 - Assinatura da vítima ou beneficiário (se houver): CREUZA LINHARES DE MESQUITA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): FRANCISCO BEIRÃO

43 - Assinatura do Perito (se houver): FRANCISCO BEIRÃO



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 2126



UNIDADE

EQUIPE SAMU BV
BRAVO I

EQUIPE

Fla. Shirley / cond. Luis

Paciente: CREUSA LINHARES MESQUITA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Idade: 43

Sexo: FEMININO

Endereço: Rujeiro do Sul

Raca: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia

Bairro: F.D. Amaral

Nº 22344

DATA 03/12/15

Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM:

Dr. Edaniel

HORA J/9h

BASE (X) VIA ()

() RADIO

HORA J/10h

08:18 08:24

CELULAR

X SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NO LOCAL [] OUTRO

J/10 -> 08:37

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () / 1 a 3 horas () / 4 a 24 horas () / Mais de 24 horas () / Não sabe ()

AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLENCIA	OUTROS
☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão AUTO x ☐ Motorista ☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ Passageiro Banco traseiro	☐ Uso do cinto ☐ Vítila projetada ☐ Vítila encarcerada ☐ Air Bag Acionado MOTOCICLETA / BICICLETA ☐ Colisão MOTO x ☐ Queda de moto ☐ Atropelamento ☐ Queda de Bicicleta ☐ Piloto	☐ FAF ☐ FAF ☐ Espionamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:	☐ Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto ☐ Queda, Altura aprox. ☐ Acidente Doméstico ☐ Queimadura Agente ☐ Afogamento ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros:

VIAS AERIAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
☐ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Edema de Glote ☐ Outro:	☐ Apnéia ☐ Dispnéia ☐ Bradipnéia ☐ Taquipnéia ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Respiração paradoxal	☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente ☐ Cianose central ☐ Cianose de extremidade	☒ MAVDN ☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocoria [] D [] E ☐ Aparentemente Alcoolizado ☐ DNV

Hora	F.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR
Início 08:20	130x80	80	20	97				
Fim 08:38	130x80	90	20	97				

Pele	Cabeça	Faco	Pescoco	Abdome
☒ Cordeia ☐ Quente ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica	☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. penetrante	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular ☐ Luxação ☐ Mordidura	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traqueia ☐ Enfise sus. ☐ Outros	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax instável ☐ Tamponamento ☐ Ferida Aspirativa ☐ Empalamento

Palve	Coluna Dorsal	MMSS	MMII	QUEIMADURAS
☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Escoriações	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Luxações ☐ Lacerações ☐ Fratura ☐ Amputação	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Luxações ☐ Lacerações ☐ Fratura ☐ Amputação	☐ 1º ☐ 2º ☐ 3º

Ritmo Sinusal	Fibrilação atrial	Respiratória	Digestiva	Diabetes	Alergias
☐ Taquicardia	☐ Fibrilação ventricular	☐ Neurológica	☐ Infeciosa	☐ Cardiopata	☐ Outros
☐ Bradicardia	☐ Assistolia	☐ Psiquiátrica	☐ Obstrutiva	☐ HAS	
☐ Flutua		☐ Metabólica	☐ Obstrutiva		
		☐ Cardiovascular	☐ Obstrutiva		
		☐ Aborto	☐ Obstrutiva		

LESÃO	PEQUENA	MÉDIA	SEVERA
☐ ILESO	☐ PEQUENA	☐ MÉDIA	☐ SEVERA

Dr. Luiz Silva
Médico
CRM/R 2015

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

INCIDENTE
☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local ☐ Recusa de hospitalização ☐ Trote ☐ Bombeiro no local:

RCP
☐ Iniciada as: ☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso ☐ Obs.:

DESTINO
☐ Atendido no local ☒ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mote

SAMU 192-BV
COMANDO EM CHEFE
Em 25/01/19

Rúbrica

V. L. Cozme e Silva - PCCS
Hosp. Santo Antônio - HC SA
HMINSKN

OBSERVAÇÕES

☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
☐ Hosp. Lotte Iris - HLI
☐ Outros

PERIÊNCIA DO PACIENTE

Descrição: _____

Nome do Receptor: _____

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

TERMO DE RECUSA

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade.

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

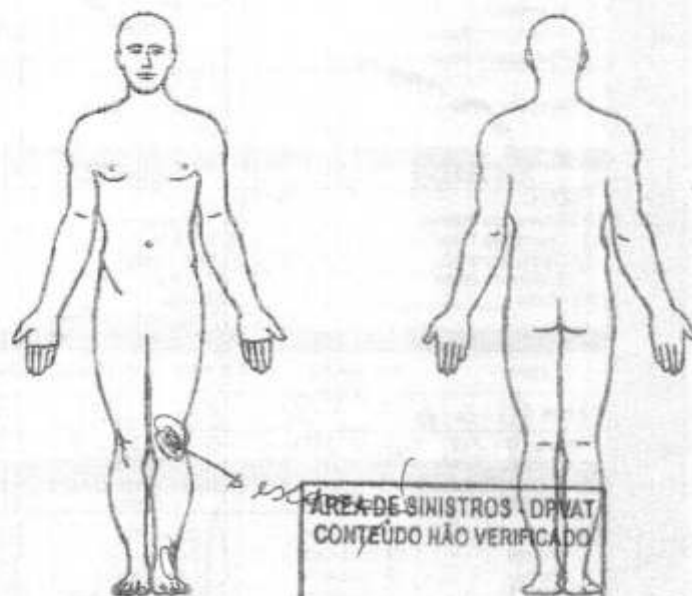
Perda de líquido: _____ BCF: _____

[] Com cartão [] Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

02 máscara descartável
02 furo de urina P e 6

Abertura Ocular	Classificação	Notas
Olhos abertos previamente à estimulação	Espondee	4
Abertura ocular em nível de voz normal ou em voz alta	Ap Som	3
Abertura ocular após estimulação de extremidade dos olhos	A Pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Verbal	Notas	
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	3
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	2
Palavras isoladas inteligíveis	Polivras	1
Apenas gemidos	Sons	0
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora	Notas	
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	3
Elevação da mão acima da nível da clavícula ao estímulo de olhos ou pescoço	Localizadora	2
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	Não Testável	NT



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Equipe ocasionada por ocorrência traumática colisão moto X VAN, vítima encontrada sentada na cadeira plástica com capote, vítima se levantou e sentou na cadeira, verbalizando, orientada, lucida com recursos no jejum @, exame de VTR verificado por SSU, preservado informado ao médico regente do que incompleto ao trauma

SAMU 192-BV
CONFERT COM
CRIS, V.L.
EM 25/01/19
Stephanie
Rubrica

Assinatura e carimbo do profissional

Assinatura: _____
Carimbo: 342249



Para consultar
o consumo informe
este número

0125803-6

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003704911
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	16/10/2019	280	295,37

VALDECY ALVES CHIMENDES

R. SOLANEA 137 Q 845 LT 62 LAURA MOREIRA

RESIDENCIAL MANAIRA

CEP: 69.318-181 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.08.022000

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA
Atual:	18587		Atual: 20/09/2019
Anterior:	18307		Anterior: 23/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 20/10/2019
Consumo Medido:	280		Emissão: 19/09/2019
Consumo Faturado:	280	FCAH	Apresentação: 20/09/2019

NORMAL

28

Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	81	14TD801899H	1310821	1.1.1.2	217

HISTÓRICO kWh	Descrição da Conta
Mês/ano consumo	
AGO/19 229	CONSUMO 280 A R\$ 0,766100 = 214,50
JUL/19 251	CORREÇÃO MONETÁRIA DA IL (2X) 1,09
JUN/19 163	CORREÇÃO MONETÁRIA IGPM (2X) 18,35
MAI/19 211	MULTA POR ATRASO DE IL (2X) 2,54
ABR/19 227	JUROS DE HORA POR ATRASO (2X) 3,33
MAR/19 224	MULTA POR ATRASO (2X) 6,63
FEV/19 207	JUROS DE HORA DE IMPORTE (2X) 23,43
JAN/19 221	ILUMINAÇÃO PÚBLICA 25,50
DEZ/18 188	
NOV/18 255	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/10/2019, em função das contas vencidas nesta fatura. O não pagamento poderá gerar, também, a inclusão do nome do consumidor no CADEN, impedindo ainda a utilização de crédito e a regularização do valor de R\$ 295,37. Histórico: (ver item efetuação de pagamento) favor consultar esta guia.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO F3DF.F1DC.A34F.39D2 08C8.89E7.4222.AF51

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 55,01	Base de Cálculo: 214,50
Energia: 116,64	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 36,46
Encargos: 6,05	Valor do PIS: 0,04
Tributos: 36,80	Valor do COFINS: 0,30

INDICADORES DE CONTINUIDADE

3,05 17,70 35,40 8,40 10,92 33,84 4,81

0,00 0,00 0,00

DISTRITO

07/2019

82,35

ROT: 7.001.28.08.022000



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0125803-6

TOTAL A PAGAR - R\$

295,37

MÊS FATURADO

09/2019

VENCIMENTO

16/10/2019

Nº da Nota Fiscal 003704911 FCAH

83620000002 1 95370075000 3 00000000125 5 80360919003 4



SEQ.: 00177 UC: 0125803-6 DT. LEIT.: 20/09/2019 T. ENTR.: 01
LEITURA: 18587 NORMAL TOTAL: 295,37 CARGA: 0,1



Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0129078-9

Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 401 - 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 autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal

003454770

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	06/09/2019	187	180,31

RUTH ALVES DA SILVA SIMEAO

R. ESTRELA CELESTE 998 PROF ARACELI S MAIOR

CPF: 00072200944268

CEP: 69.315-082 - BOA VISTA

ROT: 29.001.22.04.00637

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	11809		Atual: 19/08/2019
Anterior:	1,000		Anterior: 17/07/2019
Constante de Multiplicação:	187		Próxima Leitura: 16/09/2019
Consumo Medido:	187	FCAM	Emissão: 15/08/2019
Consumo Faturado:	187		Apresentação: 19/08/2019
Forma de Faturamento:	Normal	Fator de Potência:	Dias do Consumo:

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Unidade	Numero Medidor	Posto	Código Pat.	Mês 12 meses
Residencial	B1	141000050	1500245		207

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Máximo consumo	CONSUMO	187 A R\$ 0,772737 = 144,50
JUL/19	CORRECAO MONETARIA DA 04/19-00	0,20
JUN/19	CORRECAO MONETARIA IG 04/19-00	3,56
MAI/19	MULTA POR ATRASO DE I 04/19-00	1,93
ABR/19	JUROS DE MORA POR ATR 04/19-00	0,51
MAR/19	MULTA POR ATRASO 04/19-00	3,90
FEV/19	JUROS DE MORA DE IMPO 04/19-00	4,68
JAN/19	ILUMINACAO PUBLICA	21,08
DEZ/18		
NOV/18		
OUT/18		
TARIFA SEM TRIBUTOS		
A R\$		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
Mês/Ano	Valor R\$
07/2019	177,41
LIGUE 0800-7049120 E FAÇA O PAGAMENTO VENCIMENTO 06/11/2019	

RESERVADO AO FISCO

531E.95F6.965B.08DF.E7F2.85F5.E0C9.FF77

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	77,90	Base de Cálculo:	17,00%
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	24,56
Transmissão:	4,04	Valor do ICMS:	0,22
Encargos:	25,82	Valor do PIS:	1,04
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DLC			PIC			DMC	QICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	0,85	17,70	35,40	0,40	10,32	33,04	4,82	
Realizado	1,56			6,00			0,36	

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
Canais e canais multimedialmente: 0800 11 1506 / Outros canais: 0800 11 17 17

SAC (para reclamações e sugestões), 24 horas por dia: 0800 022 12 06 | SAC (para dúvidas e reclamações) e de telef: 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 022 92 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/DOCORIGINALASPX?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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu FRANCISCO SIMÃO APAÚJO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 711.335.422 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CREUZA LINHARES DE MESQUITA inscrito (a) no CPF sob o Nº 567.618.482, 53

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CREUZA LINHARES DE MESQUITA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 567.618.482 / 53 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 ESTRELA CELESTE</u>	Número: <u>998</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>ARACELIS</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>franciscoelanh@gmail.com</u>	CEP: <u>69.315-082</u>	Tel. (DDD): <u>(95) 99154-6697</u>

Local e Data: Boa Vista, RR 14/10/2019

Francisco Simão Araújo
Assinatura do Declarante

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
Canais e canais multimedialmente: 0800 11 1506 / Outros canais: 0800 11 17 17

SAC (para reclamações e sugestões), 24 horas por dia: 0800 022 12 06 | SAC (para dúvidas e reclamações) e de telef: 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 022 92 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/DOCORIGINALASPX?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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu FRANCISCO SIMÃO APAÚJO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 711.335.422 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CREUZA LINHARES DE MESQUITA inscrito (a) no CPF sob o Nº 567.618.482, 53

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CREUZA LINHARES DE MESQUITA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 567.618.482 / 53 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 ESTRELA CELESTE</u>	Número: <u>998</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>ARACELIS</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>franciscoelanh@gmail.com</u>	CEP: <u>69.315-082</u>	Tel. (DDD): <u>(95) 99154-6697</u>

Local e Data: Boa Vista, RR 14/10/2019

Francisco Simão Araújo
Assinatura do Declarante

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

Eu, Valdecy Alves Chimendes,
RG nº 172 4202, data de expedição 02/09/16,
Órgão SSP/GO, portador do CPF nº 38450971-34,
com domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Solomia, nº 137,
complemento SAN, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Cruza L. Mesquita, cujo o condutor era
Cruza L. Mesquita.
Veículo: motocicleta Modelo: Honda NXR 160 Bros Ano: 2014
Placa: NV1 6942 Chassi: 9C2KDO 810FR 411761
Data do Acidente: 03/12/18

Local e Data: Boa Vista - RR 14 Fevereiro 2019

Valdecy Alves Chimendes
Assinatura do Declarante

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

31075500

Leuzia Pinheiro de Mesquita

PASTA PARA PRONTUÁRIO

HOSPITAL CORONEL MOTA

Rua: Coronel Pinho, 636 - Centro / Tel. (06) 2121-7471

AUTENTICAÇÃO

Esta é Dou Ra Que a Presença e tem é fidel Reprodução do

que Foi apresentado neste Hospital.

Ess Vista-RR, de 04 de 20 19

Associado 310755/00 Prontuário Anterior
 Nome CREUZA LINHARES DE MESQUITA
 Endereço R. JOSE ALEIXO, 1794
 Bairro ASA BRANCA Cidade BOA VISTA
 Identiidade Nascim. 14/09/1975 Idade 25
 Resgate PARTICULAR Procedencia RESIDENCIA
 Motivo CONSULTA DR ROMUALDO
 Sexo FEMININO

COOPERPAI - MED

DATA
HORA

Episódio.

24/01/18

Discentes "cavados" no AE (E)
 Discentes e discentes a 100% na
 putina no AE E
 H/otobete
 letura p 6 per

28/11/18

Dr. Luis Serrano Barba
 OFTALMOLOGIA
 CRM-PR 145

13/12/19 15:15
 VLB - 15 cm

[Signature]

13/07/13 POLIESTE 00000
 REF. STUUV
 VSD.

Dr. Max Souto MA
 Medicina do Trabalho
 CRM-PR 995
 1907 And 2005 597



Cruzeiro Guimarães de Mesquita

DATA
HORA

EVOLUÇÃO

310755-00

Cardiologia

13
09
17

1) 100% e 100%

100% e 100%

130x80

100% e 100%

100% e 100%

Dr. João Paulo de Souza
Cardiologia e Exatologia
CRM 13.131-5

8/01/18

Dermatologia

HO SPITAL CORUPEL MOIA
Rua Coronel Pina, 1636 - Centro, Tel. (66) 2121-7111
AUTEN 10/01/2018
Certifica-se que a Presença do Dr. João Paulo de Souza no Hospital Corupelel MOIA, em 08/01/2018, foi devidamente registrada e assinada pelo Dr. João Paulo de Souza, em 08/01/2018, às 20h.

Referi queda de moto em novembro 12017
evoluiu com hiperemia em áreas
exponadas. fírmulas e hiperemose em calcanhar
Quilix de ruído em conduto auditivo externo
há 2 anos.

CO: vir e 31.

DK 31.

1) alortoina 11.

alfa arlutim 21.

Crene

mandui.

2) vrie 20/

ao. natuico 51.

oso 51.

D-pantenol 11.

pai.

3) 9ne

Otorino.

Isabel Martin
Dermatologia
CRM 13.131-5

OME:

Cecilia Lima de Albuquerque

REG.

310755

SERVIÇO DE

DATA: 26.04.10

SE

ACIDENTE DE TRABALHO

☐

SIM

1ª CONSULTA

☐

RETORNO

☐

EVOLUÇÃO

OU DOENÇA OCUPACIONAL

☐

NÃO

Cecilia Lima de Albuquerque (paleo)
Zn. AO = blyarite PTH e PTN (> OE)
OE = ~~AO~~ PTE c/ tumor benigno

TERAPÊUTICA

AVL } 20/40
S/C } 20/40

Col: Strampas multus + febril +
gentil + hemorragia p/
exatose tumor PTE

MÉDICO - CRM

Dra. Imery Sampaio
OFTALMOLOGISTA
CRM 69400

DATA:

SERVIÇO DE

SE

ACIDENTE DE TRABALHO

☐

SIM

1ª CONSULTA

☐

RETORNO

☐

OCORRÊNCIA
de 20/04/10
em Vista-RR

OU DOENÇA OCUPACIONAL

☐

NÃO

Vem c/ pri-ep. OK.

Ca: Marcar cirurgia.

MÉDICO - CRM

DATA: 18.07.15

SERVIÇO DE

Dermatologia

SE

ACIDENTE DE TRABALHO

☐

SIM

1ª CONSULTA

☒

RETORNO

☐

EVOLUÇÃO

OU DOENÇA OCUPACIONAL

☐

NÃO

Dermatologia

Relato que não fez uso de medicamentos mexi-
tos. Há 30 dias após outro acidente de moto
com exorciação e formação de placas extensas
elemente denominados 'em xema' (E) (Koebner)

TERAPÊUTICA

Surgeia p
HPP: Mioma

cd. Minoxidil 60 dias.
hidrocortisona 1% face

MÉDICO - CRM

Dra. Izabel Pariza
MÉDICA
CRM-RR 1516

5 dias

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
CLINICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
SETOR DE ULTRASSONOGRAFIA

NOME: CREUZA LINHARES DE MESQUITA

IDADE: 44 ANOS

DN.: 14.09.1975

DR(ª): MAX

DATA: 10.09.19

ULTRASSONOGRAFIA DO PÉ

Irregularidade da porção média do tendão flexor do 1º dedo, com discreto aumento volumétrico e espessamento de provável natureza residual/sequelar.

Partes moles do pé de aspecto anatômico.

Ausência de formações expansivas ou massas no pé direito.

Tendão de aquiles, tendões extensores e demais flexores de aspectos normais.

Ligamento talofibular de aspecto preservado.

Ausência de formações expansivas ou massas no pé direito.

ULTRASSONOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Ao exame de joelho esquerdo, observa-se integridade das partes moles subcutâneas.

Menisco medial e lateral com discretas extrusões, notando-se proximidade femuro tibial correspondente e osteófitos femuro patelares e tibiais adjacentes, configurando alterações degenerativas.

Tendões patelar e quadricipital íntegros.

LCL e LCM preservados.

Fossa poplítea sem cistos ou massas.

LIGAMENTOS CRUZADOS NÃO CARACTERIZADOS NO PRESENTE ESTUDO, SE NECESSÁRIO CORRELACIONAR COM RNM.



MÉDICO RESPONSÁVEL
DR. JEAN CARLOS MEDEIROS LIMA
CRM 1279 / RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

1090466841

TERESINHA LINHARES DE MESQUITA

197645 SSP RR

CPF 567.518.482-53 **DATA NASCIMENTO 14/09/1975**

PLACÃO

TERESINHA LINHARES DE MESQUITA

PERMISSÃO **ACC** **CAT/MS**

06222005035 **VALIDADE 20/02/2015** **1090466841**

05/11/2014

1090466841

BOA VISTA - RORAIMA **DATA DE EMISSÃO 09/11/2015**

64123490600 **RR208632190**

DETRAN-RR (RORAIMA)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Dantas, 434 - Boa Vista - RR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME		FRANCISCO SIMEAO ARAUJO					
		DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR		185491 SSP RR			
		CPF	711.335.422-04	DATA NASCIMENTO	20/10/1982		
FILIAÇÃO		RAIMUNDO DE ARAUJO CHAVES VLADEREIA SIMEAO DA SILVA					
PERMISSÃO		ACC		CAT. HABIL.		AB	
Nº REGISTRO		01963732643		VALIDADE	02/03/2022		1ª HABILITAÇÃO
							08/08/2001
OBSERVAÇÕES		A					
ASSINATURA DO PORTADOR		<i>Francisco Simeao Araujo</i>					
LOCAL		BOA VISTA - RORAIMA		DATA DE EMISSÃO	03/03/2017		
ASSINATURA DO EMISSOR		 FRANCISCO ASSIS DA SILVA DIRETOR PROVISÓRIO DETRAN-RR		17457668843 RR209148942			
RORAIMA							

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1412042244

PROIBIDO PLASTIFICAR 1412042244

DE ACORDO COM A LEI Nº 9.472/97

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013042175714
VIA 01 01038764642 ENTRIC. 2018
VALDECY ALVES CHIMENTENDES
384.500.971-34
PLACA ANT/LB 9CEK00810FR411761
CHASSI NJ16942
PLACA NJ16942
RR
PAS/MOTOCICLETA/NOV. APC.10. ALCO/BASOL
HONDA/NXR160 BROS ESDD
Caf / POT / CU PARTICU
COTA ÚNICA
P ***** VENC. COTA ÚNICA
V PARA FVLA PARCELAMENTO / COTAS 1* PAGO*
A ** DULHDD ** 2* PAGO*
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$0.03
PRÊMIO TOTAL (R\$) R\$185.5
DATA DE PAGAMENTO 12/03/2018
AL.FID. BV FINANCEIRA S/A CFI * PROIB. SA.
IR DA AMAZON BEID *
BOA VISTA LOCAL
Diretor Presidente Bessara Marques
DETRAN-RR 12/07/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013042175714 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

384.500.971-34
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

01 384.500.971-34
01038764642
HONDA/NXR160 BROS ESDD
Caf / POT / CU PARTICU
COTA ÚNICA
P ***** VENC. COTA ÚNICA
V PARA FVLA PARCELAMENTO / COTAS 1* PAGO*
A ** DULHDD ** 2* PAGO*
PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) R\$1.29
DENATRA (R\$) R\$9.03
CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$185.5
R\$0.03 BILHETE (R\$) R\$185.5
PRÊMIO TOTAL (R\$) R\$185.5
DATA DE PAGAMENTO 12/03/2018
COTA ÚNICA
PAGAMENTO
PARCELADO
12/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.000/0001-04



Jul / 2018

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0361209/19

Vítima: CREUZA LINHARES DE MESQUITA

CPF: 567.618.482-53

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/12/2018

Titular do CPF: CREUZA LINHARES DE
MESQUITA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCO SIMEAO ARAUJO : 711.335.422-04

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

CREUZA LINHARES DE MESQUITA : 567.618.482-53

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: 16/10/2019
Nome: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO
CPF: 711.335.422-04

FRANCISCO SIMEAO ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190588227 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CREUZA LINHARES DE MESQUITA **Data do acidente:** 03/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
P 1/5

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DE ACORDO COM LAUDO PERICIAL DO IML: Nº 1642/2019 DE 03/04/2019, QUESITO 6º: NÃO, ACOSTADO AO SINISTRO 3190166000.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190588227 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CREUZA LINHARES DE MESQUITA **Data do acidente:** 03/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
P 1/5

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DE ACORDO COM LAUDO PERICIAL DO IML: Nº 1642/2019 DE 03/04/2019, QUESITO 6º: NÃO, ACOSTADO AO SINISTRO 3190166000.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Cruz Linhares de Mesquita
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: União Estável
PROFISSÃO: autônoma RG: 197645 SSP/RR
CPF: 567618482-53 ENDEREÇO: Rua Selamea
BAIRRO: Laura Moura CIDADE: Bom Vista - RR
CEP: 69318-181

VÍTIMA: Cruz Linhares de Mesquita
CPF: 567618482-53 DATA DO ACIDENTE: 03/12/18
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: Francisco Simeão Araujo
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Administrador
Nº DO RG: 185.491 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR
DATA DE EMISSÃO: 03/03/2017
Nº CPF: 711.335.422-04
ENDEREÇO: Rua Estrela Celeste, 998 - Bairro: Profº Aracelis Souto Maior



PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, 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.



Bom Vista - RR, 14 de Fevereiro de 2019

Cruz Linhares de Mesquita
Assinatura

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0361209/19

Vítima: CREUZA LINHARES DE MESQUITA

CPF: 567.618.482-53

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CREUZA LINHARES DE MESQUITA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCO SIMEAO ARAUJO : 711.335.422-04

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

CREUZA LINHARES DE MESQUITA : 567.618.482-53

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: 16/10/2019
Nome: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO
CPF: 711.335.422-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

FRANCISCO SIMEAO ARAUJO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA