

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2929179020201206150709

Processo 0800892-96.2020.8.23.0020 ☆ - (15 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10

500 por pág.

1



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA

Nº Sinistro: 3180254708

Vítima: GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA

Data do Acidente: 21/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180254708**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12924188



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA

Sinistro: 3180254708
Vítima: GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA
Data do Acidente: 21/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180254708** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01895/01896 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12953101





Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2018

Carta nº: 13027853

A/C: GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA

Nº Sinistro: 3180254708
Vitima: GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA
Data do Acidente: 21/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003408

Conta: 000000310-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

924.949.862-49

Gilse Elaine de Souza Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Gilse Elaine de Souza Silva	924.949.862-49	Servidora Pública
Endereço	Número	Complemento
Rua: P-7	21	
Bairro	Cidade	Estado
São Francisco	Caracará	Roraima
Email	CEP	Telefone (DDD)
	69.360-000	(95) 99129-7330

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO
Caixa 104
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
3408 0310 1
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista, 15 de maio de 2018
Local e Data

Gilse Elaine de Souza Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2018
Salvina

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

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Segurança Pública
Polícia Civil do Estado de Roraima
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CARACARAÍ



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

REGISTRO Nº	750 /2018	Hora	14:45	Data	08/05/2018
-------------	------------------	------	-------	------	------------

DADOS DO (A) COMUNICANTE:

NOME	ADÃO SANTOS DE SOUZA				
NACIONALIDADE	BRASILEIRO	Estado Civil	CASADO	Profissão	FUNCIONÁRIO PÚBLICO
PAI	VALNEI PEREIRA DE SOUZA				
MÃE	ZELMA DOS SANTOS AMORIM				
IDENTIDADE	231311	Órgão Expedidor	SSP/RR	CPF	762986042-00
ESCOLARIDADE	SUPERIOR COMPLETO		Sexo	MASC	
NATURALIDADE	ITAITUBA- PA	DATA NASC.	21/08/1980	Idade	37
ENDEREÇO	VILA DO APIAU				
BAIRRO	ZONA RURAL	Cidade/UF	MUCAJÁ	TEL/OPER.	99129-7330

DADOS DA OCORRÊNCIA

LOCAL DO FATO	NA ENTRADA DA VILA DE CAMPOS NOVOS				BAIRRO	
CIDADE		Hora	14:00	Dia	21/01/2018	
AUTOR(ES):						
ENDEREÇO:						

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

RELATO DO FATO: PERDA DE DOCUMENTOS

Senhor Delegado:

Compareceu nesta Delegacia de Polícia Civil o comunicante acima qualificado para informar que conforme data e hora acima citada o comunicante e sua esposa GILSE ELEAINE DE SOUZA SILVA(GARUPEIRA) estavam pilotando uma motocicleta HONDA TITAN 150, COR PRETA , PLACA NAN 1247, CHASSI 9C2KC1610AR044295 quando veio a estourar o pneu traseiro. QUE devido a este fato o comunicante sofreu várias escoriações e fratura no seu ombro esquerdo. QUE a sua esposa também sofreu escoriações e quebrou a clavícula esquerda. QUE todos os dois foram socorridos pelo SAMU e levado ao hospital de Mucajá e posteriormente ao HGR. Era o que tinha a comunicar.

JAMY RODRIGUES
Agente de Polícia Civil

Adão Santos de Souza
ADÃO SANTOS DE SOUZA
Comunicante

- ☐ Aguardar novos fatos em cartório.
☐ Fato Atípico. Esfera cível/adm. Arquive-se.
☐ Encaminhe-se a(o) _____
☐ Intime-se _____
☐ Junte-se _____
☐ Aguardar Representação da vítima.
☐ Ao Delegado Titular
☐ Outros:

Caracará/RR ____ de ____ 2017.

Delegado de Polícia Civil

- ☐ Aguardar novos fatos em cartório.
☐ Fato Atípico. Esfera cível/adm. Arquive-se.
☐ Encaminhe-se a(o) _____
☐ Intime-se _____
☐ Junte-se _____
☐ Aguardar Representação da vítima.
☐ Ao Delegado Titular
☐ Outros:

Caracará/RR ____ de ____ 2017.

Delegado de Polícia Civil

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2018

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



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Gilene Elaine de Souza Silva

CPF da Vítima

924.949.862-49

Data do Acidente

21/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

Boa Vista 15 de maio de 2018

Local e Data

Gilene Elaine de Souza Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ESTADO DE RORAIMA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MUCAJÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU



192

UNIDADE: BRAVO (Mucajaí) EQUIPE: Mayle / Claudio
Paciente: Gilberto Elaine de Souza 28 anos Sexo: ☐ M ☒ F
Nacionalidade: Brasileira Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena - Etnia:
Endereço: Av. 07 do Telefone:
Ponto de Referência: Entrada de campo novo
Nº da Ocorrência: 1202 Data: 21/01/18 Hora do Acionamento: 02:27
Médico(a) Regulador(a): André Hora Cegada no Local: (J/10): 02:40
MOTIVO: ☒ Socorro ☐ Transporte ☐ Remoção ☐ Intra-hospitalar ☐ Apoio:

CHAMADA
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário de acidente)

AUTOMÓVEL	MECANISMOS DE TRAUMA	VIOLÊNCIA	OUTROS
<input type="radio"/> Atropelamento <input type="radio"/> Capotamento <input type="radio"/> Colisão X <input type="radio"/> Motorista <input type="radio"/> Passageiro dianteiro <input type="radio"/> Passageiro traseiro	<input type="radio"/> Uso do cinto: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Víma projetada <input type="radio"/> Colisão X <input type="radio"/> Motorista <input type="radio"/> MOTO / BICICLETA <input type="radio"/> Acidente com moto X <input checked="" type="radio"/> Queda de moto: <input checked="" type="radio"/> Com capacete <input type="radio"/> Sem capacete <input type="radio"/> Bicicleta <input type="radio"/> Condutor <input type="radio"/> Queda de bicicleta <input type="radio"/> Passageiro	<input type="radio"/> Agressão física <input type="radio"/> Espancamento <input type="radio"/> FAB <input type="radio"/> FAF <input type="radio"/> Tentativa de Suicídio <input type="radio"/> Violência doméstica <input type="radio"/> Violência Sexual	<input type="radio"/> Acidente de trabalho <input type="radio"/> Local <input type="radio"/> Trajeto <input type="radio"/> Queda altura aprox.: <input type="radio"/> Acidente doméstico <input type="radio"/> Queimadura agente <input type="radio"/> Agressão por animal <input type="radio"/> Outros:

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA
<input type="radio"/> Apnéia <input type="radio"/> Bradipnéia <input type="radio"/> Dispnéia <input type="radio"/> Eupnéico <input type="radio"/> Obstruída <input type="radio"/> Respiração Ruidosa <input type="radio"/> Taquipnéia	<input type="radio"/> Abolida <input type="radio"/> Ferida aspirativa <input type="radio"/> Hiperimpanismo <input type="radio"/> M.V. ausente <input type="radio"/> M.V. diminuído <input type="radio"/> Maciez	<input type="radio"/> Arritmico <input type="radio"/> Ausente <input type="radio"/> Bradicardia <input type="radio"/> Enchimento capilar > 2s <input type="radio"/> Taquicardia	<input type="radio"/> AVDN <input type="radio"/> DNV <input type="radio"/> Miose <input type="radio"/> Midriase <input type="radio"/> Anisocoria <input type="radio"/> Alcoolizado

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vituária)

PELE	CABEÇA	FACE	PESCOÇO	TÓRAX	ABDOME
<input type="radio"/> Cianótica <input type="radio"/> Corada <input type="radio"/> Fria <input type="radio"/> Pálida <input type="radio"/> Quente <input type="radio"/> Úmida <input type="radio"/> Seca <input type="radio"/> Contusão <input type="radio"/> Escoriações <input type="radio"/> Dor <input type="radio"/> Instabilidade	<input type="radio"/> Afundamento <input type="radio"/> Contusão <input checked="" type="radio"/> Escoriação <input type="radio"/> Fer. Penetrante <input type="radio"/> Hematoma <input type="radio"/> Laceração <input type="radio"/> Contusão <input type="radio"/> Hematoma <input type="radio"/> Dor: <input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Intensa <input type="radio"/> Deformidade	<input type="radio"/> Contusão <input checked="" type="radio"/> Escoriações <input type="radio"/> Lacerações <input type="radio"/> Ferimento ocular	<input type="radio"/> Desvio de traqueia <input type="radio"/> Enfisema subcutâneo <input type="radio"/> Escoriações <input type="radio"/> Hematoma <input type="radio"/> Lacerações <input type="radio"/> Contusões <input checked="" type="radio"/> Escoriações <input type="radio"/> Lacerações <input type="radio"/> Luxações	<input type="radio"/> Escoriações <input type="radio"/> Lacerações <input type="radio"/> Hemo. paradoxal <input type="radio"/> Tamponamento <input type="radio"/> Tórax instável	<input type="radio"/> Distendido <input type="radio"/> Doloroso <input type="radio"/> Em tábua <input type="radio"/> Escoriações <input type="radio"/> Evisceração <input type="radio"/> Respiração Ruidosa

PELVES	COLUNA DORSAL	AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA
<input type="radio"/> Contusão <input type="radio"/> Escoriações <input type="radio"/> Dor <input type="radio"/> Instabilidade	<input type="radio"/> Contusão <input type="radio"/> Hematoma <input type="radio"/> Dor: <input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Intensa <input type="radio"/> Deformidade	<input type="radio"/> Membros <input checked="" type="radio"/> Fratura <input type="radio"/> Amputação <input type="radio"/> Esmagamento <input type="radio"/> Avulsão

DESTINO
RCP
INCIDENTE

GRAVIDADE COMPROVADA:	DESFECHO DO CHAMADO	AFEÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
<input type="radio"/> ILESO <input type="radio"/> PEQUENA <input type="radio"/> MÉDIA <input type="radio"/> ÓBITO <input type="radio"/> INDETERMINADA	<input type="radio"/> Cancelamento <input type="radio"/> Não se encontrava no local <input type="radio"/> Trote <input type="radio"/> Recusa de atendimento <input type="radio"/> Recusa de hospitalização <input type="radio"/> Bombeiro no local <input type="radio"/> RCP com sucesso <input type="radio"/> RCP sem sucesso	<input type="radio"/> Aborto <input type="radio"/> Digestiva <input type="radio"/> Infecçiosa <input type="radio"/> Obstétrica <input type="radio"/> Pediátrica	<input type="radio"/> Alergias <input type="radio"/> Cardiopatia <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> HAS <input type="radio"/> Sequela AVC

MULTIPLS MEIOS ACIONADOS	OBS:
<input type="radio"/> Polícia Militar <input type="radio"/> SMTRAN <input type="radio"/> PRF <input type="radio"/> Guarda Municipal <input type="radio"/> Bombeiro <input type="radio"/> DETRAN	<input type="radio"/> Policlínica Cosme e Silva - PCCS <input type="radio"/> Hospital Santo Antônio - HCSA <input type="radio"/> HMINEN <input type="radio"/> Hospital das Clínicas - HCF / RR <input type="radio"/> Hospital Lette Iris - HLI <input type="radio"/> Hospital José Guedes Catão

PERTENCES
(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 / MUCAJA - RR, nessa oportunidade.

Assinatura do Paciente:

RG:

GESTANTE

IG p/ semana:

Movimentos fetais:

Perda de Líquido

BCF:

☐ Com cartão

☐ Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

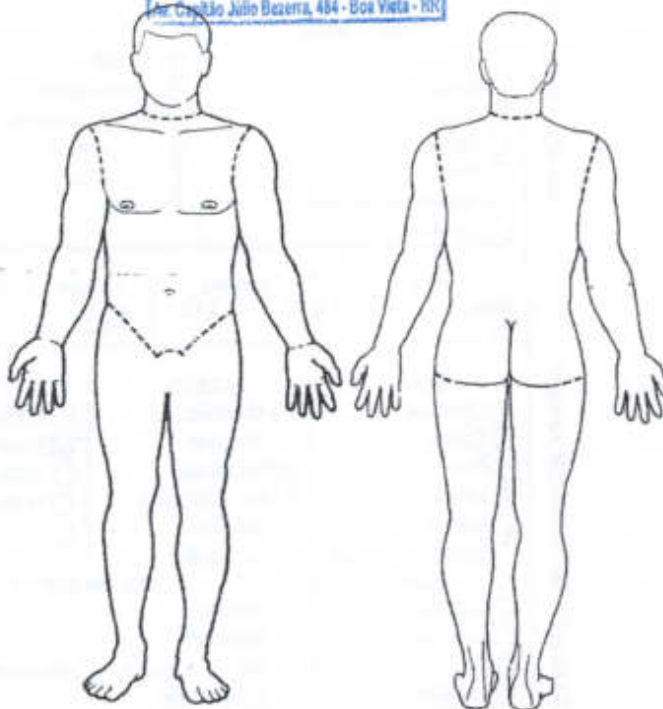
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Antônio Jilfo Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

1. Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
2. Melhor Resposta Motora (M):	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retrada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
	Extensão (descerebração)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3. Resposta Verbal (V):	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

paciente vítima de acidente de moto e q estava na ocorrência da moto com seu esposo pois de moto estava paciente desorientada, confusa TCE com hemorragia no olho esquerdo e no joelho esquerdo com fraturas nos membros com possível fratura no braço esquerdo.



ESTADO DE RORAIMA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MUCAJÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU



192

FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: BRAVO (Mucajaí) EQUIPE: Mayle / Claudio

Paciente: Gilberto Elaine de Souza Sexo: ☒ M ☐ F

Nacionalidade: Brasileira Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena - Etnia:

Endereço: Av. 07 do Telefone: _____

Ponto de Referência: Entrada de campo novo

Nº da Ocorrência: 1202 Data: 21/05/18 Hora do Acionamento: 02:27

Médico(a) Regulador(a): André Hora Cegada no Local: (J/10): 02:40

MOTIVO: ☒ Socorro ☐ Transporte ☐ Remoção ☐ Intra-hospitalar ☐ Apoio:

CHAMADA

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário de acidente)

AUTOMÓVEL <input type="radio"/> Atropelamento <input type="radio"/> Capotamento <input type="radio"/> Colisão X <input type="radio"/> Motorista <input type="radio"/> Passageiro dianteiro <input type="radio"/> Passageiro traseiro	MECANISMOS DE TRAUMA AUTOMÓVEL <input type="radio"/> Uso do cinto: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Vírtima projetada <input type="radio"/> Colisão X <input type="radio"/> Motorista MOTO / BICICLETA <input type="radio"/> Acidente com moto X <input checked="" type="radio"/> Queda de moto: <input checked="" type="radio"/> Com capacete <input type="radio"/> Sem capacete <input type="radio"/> Bicicleta <input type="radio"/> Condutor <input type="radio"/> Queda de bicicleta <input type="radio"/> Passageiro	VIOLÊNCIA <input type="radio"/> Agressão física <input type="radio"/> Espancamento <input type="radio"/> FAB <input type="radio"/> FAF <input type="radio"/> Tentativa de Suicídio <input type="radio"/> Violência doméstica <input type="radio"/> Violência Sexual	OUTROS <input type="radio"/> Acidente de trabalho <input type="radio"/> Local <input type="radio"/> Trajeto <input type="radio"/> Queda altura aprox.: <input type="radio"/> Acidente doméstico <input type="radio"/> Queimadura agente <input type="radio"/> Agressão por animal <input type="radio"/> Outros:
VIAS AÉREAS <input type="radio"/> Apnéia <input type="radio"/> Bradipnéia <input type="radio"/> Dispnéia <input type="radio"/> Eupnéia <input type="radio"/> Obstruída <input type="radio"/> Respiração Ruidosa <input type="radio"/> Taquipnéia	VENTILAÇÃO <input type="radio"/> Abolida <input type="radio"/> Ferida aspirativa <input type="radio"/> Hiperimpenismo <input type="radio"/> M.V. ausente <input type="radio"/> M.V. diminuído <input type="radio"/> Maciez	CIRCULAÇÃO <input type="radio"/> Arritmico <input type="radio"/> Ausente <input type="radio"/> Bradicardia <input type="radio"/> Enchimento capilar > 2s <input type="radio"/> Taquicardia	AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA <input type="radio"/> AVDN <input type="radio"/> DNV <input type="radio"/> Miose <input type="radio"/> Midriase <input type="radio"/> Anisocoria <input type="radio"/> Alcoolizado

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vituária)

PELE <input type="radio"/> Cianótica <input type="radio"/> Corada <input type="radio"/> Fria <input type="radio"/> Pálida <input type="radio"/> Quente <input type="radio"/> Úmida <input type="radio"/> Seca PELVE <input type="radio"/> Contusão <input type="radio"/> Escoriações <input type="radio"/> Dor <input type="radio"/> Instabilidade	CABEÇA <input type="radio"/> Afundamento <input type="radio"/> Contusão <input checked="" type="radio"/> Escoriação <input type="radio"/> Fer. Penetrante <input type="radio"/> Hematoma <input type="radio"/> Laceração COLUMNA DORSAL <input type="radio"/> Contusão <input type="radio"/> Hematoma <input type="radio"/> Dor: <input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Intensa	FACE <input type="radio"/> Contusão <input checked="" type="radio"/> Escoriações <input type="radio"/> Lacerações <input type="radio"/> Ferimento ocular AVIAÇÃO SECUNDÁRIA PESCOÇO <input type="radio"/> Desvio de traqueia <input type="radio"/> Enfisema subcutâneo <input type="radio"/> Escoriações <input type="radio"/> Hematoma <input type="radio"/> Lacerações <input type="radio"/> Contusões <input checked="" type="radio"/> Escoriações <input type="radio"/> Lacerações <input type="radio"/> Luxações TÓRAX <input type="radio"/> Escoriações <input type="radio"/> Lacerações <input type="radio"/> Hemo. paradoxal <input type="radio"/> Tamponamento <input type="radio"/> Tórax instável MEMBROS <input checked="" type="radio"/> Fratura <input type="radio"/> Amputação <input type="radio"/> Esmagamento <input type="radio"/> Avulsão	ABDOMEN <input type="radio"/> Distendido <input type="radio"/> Doloroso <input type="radio"/> Em tábua <input type="radio"/> Escoriações <input type="radio"/> Evisceração <input type="radio"/> Respiração Ruidosa
AVIAÇÃO CARDÍACA <input type="radio"/> Ritmo Sinusal <input type="radio"/> Taquicardia <input type="radio"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Flutter	<input type="radio"/> Fibrilação atrial <input type="radio"/> Fibrilação ventricular <input type="radio"/> Assistolia	AFEÇÃO CLÍNICA <input type="radio"/> Cardiovascular <input type="radio"/> Metabólica <input type="radio"/> Neurológica <input type="radio"/> Psiquiátrica <input type="radio"/> Respiratória	<input type="radio"/> Aborto <input type="radio"/> Digestiva <input type="radio"/> Infeciosa <input type="radio"/> Obstétrica <input type="radio"/> Pediátrica <input type="radio"/> Sequela AVC <input type="radio"/> ÓBITO <input type="radio"/> INDETERMINADA

GRAVIDADE COMPROVADA: ☐ ILESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ OBITO

DESTINO RCP INCIDENTE

DESFECHO DO CHAMADO

☐ Cancelamento ☐ Recusa de atendimento ☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal

☐ Não se encontrava no local ☐ Recusa de hospitalização ☐ SMTRAN ☐ Bombeiro

☐ Trote ☐ Bombeiro no local ☐ PRF ☐ DETRAN

☐ Iniciada as: _____ ☐ RCP com sucesso ☐ RCP não realizado

☐ Término as: _____ ☐ RCP sem sucesso

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

☐ Atendimento no local ☐ Grande Trauma - GT ☐ OBS: _____

☐ Pronto Atendimento - PAAR ☐ Hospital Coronel Mota - HCM ☐ Policlínica Cosme e Silva - PCCS ☐ Hospital Santo Antônio - HCSA ☐ Hospital das Clínicas - HCF / RR

☐ Hospital Lette Iris - HLI ☐ Hospital José Guedes Catão

PERTENCES
(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 / MUCAJA - RR, nessa oportunidade.

Assinatura do Paciente:

RG:

GESTANTE

IG p/ semana:

Movimentos fetais:

Perda de Líquido

BCF:

☐ Com cartão

☐ Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

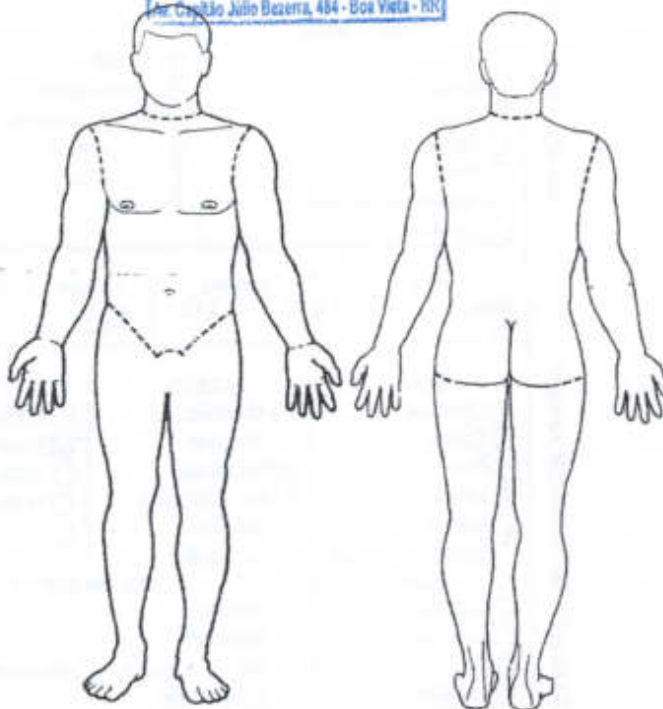
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Cristiano Jairo Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

1. Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
2. Melhor Resposta Motora (M):	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retrada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
	Extensão (descerebração)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3. Resposta Verbal (V):	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

paciente vítima de acidente de moto e q estava na ocorrência da moto com seu esposo pois de moto estava paciente desorientada, confusa TCE com hemorragia no olho esquerdo e com fratura escapula com fraturas nos membros com possível fratura no braço esquerdo



COO BOA VISTA RR G1

VALNEY PEREIRA DE SOUSA
RUA P-7 21
SAO FRANCISCO
69360-000 CARACARAÍ RR



721105033001509000005634130060118

Vencimento:
15/01/2018

Postagem:
05/01/2018

OIG000000

Titular: VALNEY PEREIRA DE SOUSA
Cartão: XXXX.XXXX.XXXX.X108

Vencimento	Saldo a Pagar R\$
15/01/2018	762,75

Parcelamento de Fatura até o Vencimento

15x de R\$ 107,02

Atenção: Para ativar o parcelamento efetue o pagamento exato do valor da primeira parcela até o vencimento.

Outras opções de Parcelamento de Fatura até o Vencimento na folha anexa ou na Central de Atendimento

Parcelamento Automático Antes e Após o Vencimento

Pague qualquer valor igual ou acima de **R\$ 107,03** e saldo restante em até 15x com juros

Atenção: O Primeiro pagamento irá ativar o parcelamento, caso queira antecipar, entrar em contato com a Central de Atendimento.

Histórico das Despesas				VALOR
DATA	DESCRIÇÃO	X108		
02/09/17	RIACHUELO 279 COMPRA PARCELADA		02/08	54,02 D
13/09/17	RIACHUELO 279 COMPRA PARCELADA		03/09	68,90 D
13/10/17	RIACHUELO 279 COMPRA PARCELADA		09/09	38,49 D
04/11/17	RIACHUELO 279 COMPRA PARCELADA		02/10	46,90 D
08/11/17	RIACHUELO 279 COMPRA PARCELADA		02/10	101,61 D
11/11/17	AIAM CONFECCOES		02/02	50,91 D
11/11/17	AIAM CONFECCOES 25		02/09	85,54 D
28/11/17	FEIRAO DOS TRIDGOS		03/02	37,50 D
28/11/17	THALITA CALCADOS		01/02	44,95 D
03/12/17	O Boticario 3888		01/04	174,50 D
23/12/17	ALTERNATIVA MOTO PEGAS			727,32 C
	SUBTOTAL			687,93 C
15/12/17	PAGAMENTO			3,99 D
15/01/18	Seguro Bolsa Protegida			3,49 D
15/01/18	Assistência Residência 24h			6,95 D
15/01/18	Seguro Residencial			21,00 D
15/01/18	ANUIDADE RIACHUELO - TITULAR			

ÁREA DE SINISTROS - COAT
CONTENDO NÃO VERIFICADO

U 4 JUL 2018

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

Informamos que a partir de Janeiro/2018, os valores dos Seguros e Assistências das apólices, que completam um ano de sua vigência, sofrerão um reajuste com base no Índice IPCA/IBGE. Caso você possua Seguro(s) e Assistência(s) e tenha dúvida, ligue na Central de Atendimento Cartão Riachuelo.

Código do Cliente	Pagamento Mínimo
0800711351110	
Vencimento da Fatura	Total da Fatura

Fatura Mensal

RCHLO
RIACHUELO

MIDWAY
FINANCEIRA
www.midwayfinanceira.com.br



Resumo das Despesas - R\$

Saldo Anterior	652,50
Pagamentos/Créditos	687,93
Encargos	0,00
Despesas/Débitos no Brasil	741,75
Despesas/Débitos no Exterior	0,00
Saldo desta Fatura	727,32

Caso você possua opção de parcelamento automático, pague qualquer valor acima da opção da parcela citada no BOX DE PARCELAMENTO AUTOMÁTICO que a diferença será parcelada com juros em até 15x fixas com valor de parcela mínima de R\$ 5,00. Essa opção é válida até 15 dias após o vencimento. Encargos por atraso e IOF referente ao período, serão incluídos no cálculo do financiamento. Multa contratual por atraso será debitada integralmente na próxima fatura.

Limite para Compra

Total	Disponível
3.300,00	31,90

Limite para Saque

Total	Disponível
330,00	330,00

Encargos

Descrição	Taxas
JUROS REMUNERATORIOS DE ATRASO	17,90 % a.m. 621,38 % a.a.
REFINANCIAMENTO DE SALDO	17,90 % a.m. 621,38 % a.a.
REFINANCIAMENTO MAX. PROXIMO MES	20,90 % a.m. 875,25 % a.a.
PARCELAMENTO DE FATURA	12,90 % a.m. 328,87 % a.a.
PARCELAMENTO DE FATURA MAX. PROXIMO MES	15,90 % a.m. 487,49 % a.a.
MULTA CONTRATUAL POR ATRASO	2,00%

Nº Sorteio - Produtos Financeiros

Descrição	Código	Valor	Data Sorteio

Informações Importantes

A PARTIR DE 01 DE MAIO DE 2017 O VALOR DA ANUIDADE DE SEU CARTÃO RIACHUELO SERÁ ALTERADA DE 3X 17,00 PARA 3X 21,00. LANÇADA CONFORME A DATA DE ANIVERSÁRIO DA ANUIDADE.

Central de Atendimento Riachuelo

3004-5417

Capitais e regiões metropolitanas: 0800 727 4417

Demais localidades: 0800 721 3344

SAC (Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais): 0800 722 0604

Deficientes Auditivos: 0800 727 3255

Ouvidoria (Das 10h às 16h - segunda a sexta exceto feriados): 0800 727 3255

www.riachuelo.com.br / www.midwayfinanceira.com.br

Bradesco	237-2	23792.37403 91127.971132 51008.360003 5 00000000000000
Local de Pagamento	PAGAVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA OU NAS LOJAS RIACHUELO	
Beneficiário	MIDWAY SA - 09.464.032/0001-12 - R LEAO XIII, 500, TERREO ANEXO A, SP	
Data do Documento	03/01/2018	Nosso Número 09/11/279711351-0
Uso de Banco	Carteira 09	Especie Moeda Real
Instruções: (Texto de responsabilidade do beneficiário)		
SR. CAIXA, NÃO ACEITAR PAGAMENTOS APÓS 30/01/2018. PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO VALOR COBRADO. FATURAS PAGAS APÓS O VENCIMENTO, TERÃO ACRESCIMOS E JUROS REMUNERATORIOS PELO ATRASO. O PAGAMENTO SOMENTE ESTARÁ DISPONÍVEL PARA A RIACHUELO APÓS 3 DIAS ÚTEIS. NÃO ACEITAR PAGAMENTO EM CHEQUE. DICA DE SEGURANÇA CONFIRA OS 5 PRIMEIROS NÚMEROS DA LINHA DIGITÁVEL. ELES SEMPRE DEVERÃO CORRESPONDER AO CÓDIGO DO BANCO BRADESCO 23792.		
Pagador	VALNEY PEREIRA DE SOUSA RUA P-7 21 SAO FRANCISCO 69360-000	
Assinatura / Assinatura		

Autenticação Mecânica
Ficha de Compensação

000000 - 1/2



vivo

Nº da Conta: 0220918873
Mês de referência: 01/2018
Período: 06/12/2017 a 05/01/2018
Data de emissão: 07/01/2018

TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO
R ANTONIO AUGUSTO MARTINS, 347
SAO FRANCISCO
69305-270 BOA VISTA - RR

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 957
CEP 69.305-025 - Boa Vista - RR
I.E.: 240108035
CNPJ Matriz :02.558.157/0001-62
CNPJ Filial :02.558.157/0016-49

Vencimento
21/01/2018



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 Tânia Helena F. de Melo inscrito (a) no CPF/CNPJ 521.026.772 / 69
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gilse Elaine de Souza Lima inscrito
(a) no CPF sob o N° 924.949.862 / 69 do sinistro de DPVAT cobertura Tráfego 3 da Vítima
Gilse Elaine de Souza Lima inscrito (a) no CPF sob o N° 924.949.862 / 69, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>R: Antônio Augusto Martins</u>		Número <u>347</u>	Complemento
Bairro <u>Boa Vista</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.305-270</u>
Telefone comercial(DDD) <u>(95) 3224-6579</u>		Telefone celular (DDD) <u>(95) 99139-8405</u>	

Boa Vista 15 de maio de 2018
Local e Data

Tânia Helena Franceschi de Melo
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Adão Santos de Souza,
RG nº 231.311, data de expedição 25 08 2000,
Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 762.986.042-00, com
domicílio na cidade de Paracorum, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
P 7, nº 21,
complemento São Francisco declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Gilse Elaine de Souza Silva cujo o condutor era
Adão Santos de Souza.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda/CG 150 Titan Max KS
Ano: 2010
Placa: NAN 1247
Chassi: 9C2K C3610 AR044295
Data do Acidente: 23/03/2018
Local e Data: Mucajaz/RR, 20 de março de 2018.

Adão Santos de Souza
Assinatura do Declarante

Adão Santos de Souza

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

DEPARTAMENTO DE NOTAR
MARCAS DE MUCAJAZ - RR
Reconheço por autenticidade
a(s) de Adão Santos de
Souza
Mucajaz-RR, 20/03/2018
em testemunho 3 da verdade

Conceição da Silva
Assinatura Autorizada



... Guia de Atendimento 02 ...

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



FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		26						
Paciente	GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA			Data Nascimento	23/09/1989	Idade	28 A 3 M 28 D	CNS	707806648276317	CPF	92494986249	Prontuário
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade				
IDENTIDADE	231508	SSP RR	26/03/2008	F	CASADO(A)	PARDA	BELEM - PA	BRASILEIRA				
Mãe	GILSELENE DE SOUZA PEREIRA			Endereço	RUA - APIAU - 39 - CENTRO - IRACEMA - RR			Contato	(95) 99129-7330			Ocupação
Class. de Risco	Plano Convênio		N° da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal					
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão			
Selhor	GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada	SAMU REGIONAL		Procedimento Sol.	Registrado por:		ELIENE			
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue											
Anamnese de Enfermagem	GENTE SEGURADORA S/A											
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)	Paciente trazida pelo SAMU de moto de grande acidente. Apresenta lesões e sintomas, porém não dentro do acidente. Queixa de dor no abdômen e no membro superior direito. No exame: REG, LOM, membros, TAT.											
Exame Físico	Hemotoma no membro superior direito - APE. AL / ACU / APE / LOM. Admitido.											
Hipótese Diagnóstica	Hemotoma no membro superior direito - APE. AL / ACU / APE / LOM. Admitido.											
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input checked="" type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:											
PRESCRIÇÃO	1. Analgésico 2. Fluxion 400mg @ 17/20											
APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO											
Condução	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: ORTO DO DIA											
óbito	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação											
Antes do 1º Atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica											
Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico											
Impresso por: eliene	Data Hora: 21/01/2018 16:54:28											

HJGC-Hospital Jose Guedes Catao

JOSUE JESUS

42

REGISTRO N°
18.002007

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

PACIENTE GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA TELEFONE 991297330	SEXO 1 <input type="checkbox"/> MASC. 3 <input checked="" type="checkbox"/> FEM.	CNS 707806648276317 NATURALIDADE BELEM	DATA NASCIMENTO 23/09/1989	IDADE 28a	DOCUMENTO CPF 92494986249
PAI ELIAS FARIAS DA SILVA	MÃE GILSILENE DE SOUZA PEREIRA	BAIRRO MUCAJAI ZONA RURAL	CIDADE MUCAJAI	UF RR	
ENDEREÇO VILA DO APIAU,					
EMERGENCIA 1 <input type="checkbox"/> ADULTO	2 <input type="checkbox"/> PERINATAL	3 <input type="checkbox"/> TRAUMATOLOGIA	12 <input type="checkbox"/> OUTROS		
MOTIVO DO ATENDIMENTO					
DATA DO ATENDIMENTO 21/01/2018				HORA 15:25	
SADT - EXAMES COMPLEMENTARES					
1 <input type="checkbox"/> RAO X	2 <input type="checkbox"/> ULTRASSOM	3 <input type="checkbox"/> TORAC. COMP.	4 <input type="checkbox"/> SANGUE	5 <input type="checkbox"/> URINA	6 <input type="checkbox"/> ECG
					7 <input type="checkbox"/> OUTROS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA
Acidente de trânsito com lesão por fratura no membro superior direito.

DATA/HORA/CONSULTA ESPECIALIZADA E PROCEDIMENTOS
04 JUN 2018
Dr. Josue Jesus
Av. Firmino Mucajai-RR
Ep: 34.013.440/0001-7
Assinatura e Carimbo do Médico
DATA
HORA

ENFERMAGEM
1) Traumatismo no
2) Em consultório ortopedico
3) O/Prontuário 19 de Junho
LA 409X.62 mmHg
K: 115 Spm
Tratado p/ HEB
Dr. Josue Jesus
Assinatura e Carimbo do Médico
DATA
HORA

OBSERVAÇÃO: (ATE 24 H) ☐
PARA ÓBITO
ANTES DO 1º SOCORRO ☐ SIM ☐ NÃO
DESTINO DO CORPO 1 ☐ ENTREGUE A FAMÍLIA 2 ☐ IML 3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA
DATA E HORA DO ÓBITO: ☐ ☐
ASS. CHAMADO MÉDICO RESPONSÁVEL
ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL
co: Aguiar

CONFERE COM ORIGINAL

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

NOME: TÂNIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

DOC. IDENTIDADE / CNH EMISSOR: 488043 SSP RJ

CPF: 421.026.772-49 DATA NASCIMENTO: 15/01/1972

PRACÇÃO: JONELSON FRACALOSSI
MARIA ANNA FRACALOSSI

PERMISSÃO: ☒ DIREÇÃO ☐ OUTROS

NC: ☒ CAT: ☐ AD

PRESTADO: 02798991920 VALIDEZ: 09/12/2018 PROROGAÇÃO: 17/02/1993

RESERVAÇÃO

Tânia Helena S de Melo
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 10/12/2013

32146487454
RR207308780

DETRAN - RR - RORAIMA

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
806644383

PROIBIDO PLASTIFICAR
806644383

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - RR		Nº 011598395062	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	00220000110		2017
NOME			
ADRIANO SANTOS DE SOUZA			
RR			
CPF / CNPJ		PLACA	
762.908.042-00		NHN1247	
PLACA ANT. / UF		CHASSI	
		02K01010AR044295	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS.MOTOCICLOTA/125/150		ALCO. GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA CBR 125		2010 2010	
CAP. POT. / CIL		CATEGORIA	
20/019/00		PARTICU	
COR PREDOMINANTE		COR PREDOMINANTE	
PRETO		PRETO	
COTA ÚNICA		VENO. COTA ÚNICA	
47.850,00		47.850,00	
FAIXA LPVA		PARCELAMENTO / COTAS	
12-PRD-008 UNIC		12-PRD-008 UNIC	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
R\$90,33		R\$0,00	
PRÊMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
R\$90,33		17/12/2017	
OBSERVAÇÕES			
Assinado digitalmente por Antonio Francisco Beserra Marques			
Diretor Presidente			
DETRAN-RR			
LOCAL		DATA	
CARUARÁ-RR		31/01/2018	
Emissão			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT			
RR Nº 011598395062		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
2017			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.dpvatSegurodotransito.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
01	762.908.042-00	NHN1247	
RENAVAM		MARCA / MODELO	
00220000110		HONDA CBR 125	
ANO FAB.	CAT. TAR.	Nº CHASSI	
2010		02K01010AR044295	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FINE (R\$)	DENATRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$90,33	R\$90,33	R\$90,33	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL SEM PARCELAMENTO (R\$)	
R\$90,33	R\$0,00	R\$90,33	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	17/12/2017	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.548.808/0001-04			
www.Seguradoralider.com.br			

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2018

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

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS
SAVADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE
SA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

O SEGURO DPVAT COBRE DANOS PESSOAIS
CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA
TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO.

ESTÃO COBERTOS TODOS OS CASOS, EM TODO O
TERITÓRIO NACIONAL, SEJAM ELAS MOTORISTAS,
PASSAGEIROS OU pedestres.

NÃO EXISTEMOS TRÊS TIPOS DE COBERTURA: MORTE,
INVALIDEZ PERMANENTE E REEMBOLSO DE DESPESAS
DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES (DAMES).

SE VÓS FOR VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OU
SEMPROVIDO DA INDENIZAÇÃO, RECLAMAÇÃO DOCUMENTAÇÃO
NÃO INDICADA E SOLICITE A INDENIZAÇÃO EM UM DOS
VARIANTES DE ATENDIMENTO AUTOMÁTICO (CONSULTE OS
SE www.dpvatsegurodotransito.com.br). SE TIVER
DÚVIDAS LIGUE PARA O SAC DPVAT 0800 022 1204.

VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VITIMADA E
DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIDO
DE INDENIZAÇÃO:

MORTE (R)	INVALIDEZ PERMANENTE (R)	DAMES (R)
R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00

(1) MORTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO
PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÓPIA DE
CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA
VÍTIMA E DOSE BENEFICIÁRIA(S) E PROVA DA QUALIDADE
DE IDENTIFICAÇÃO (VÍNCULO COM O FALSO).

(2) INVALIDEZ PERMANENTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA
EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÓPIA
DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E LAUDO
DO INSTITUTO MEDICO LEGAL DA JURISDIÇÃO DO LOCAL
DO ACIDENTE OU DA RESIDÊNCIA DA VÍTIMA, COM A
VERIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA E QUANTIFICAÇÃO DAS LESÕES
PERMANENTES, TOTAIS OU PARCIAIS, DE ACORDO COM OS
PERCENTUAIS DA TABELA CONSTATANTE DO ANEXO DA LEI
E 134/1974 E ALTERAÇÕES.

(3) DAMOS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E
SUPLEMENTARES: REGISTRO DA OCORRÊNCIA
EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE,
BOLETE DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, OU
DOCUMENTO EQUIVALENTE, QUE COMPROVE QUE AS
DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES EFETUADAS POSSAM
DETERMINAR O ATENDIMENTO A VÍTIMA DE DANOS
CORPORAIS CONSEQUENTES A ACIDENTE ENVOLVIDO
VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, CÓPIA DA
DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA, CÓPIA
ORIGINAL DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, OU
DOCUMENTO EQUIVALENTE, COM DISCRIMINAÇÃO DE
TODAS AS DESPESAS, INCLUINDO DIÁRIAS E TAXAS,
RELAÇÃO DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS
E ANOTAÇÃO DE EXAMES EFETUADOS COM OS PREÇOS POR
UNIDADE, ALÉM DOS SERVIÇOS MÉDICOS E
PROFISSIONAIS QUANDO ESTES FOREM CORRIDOS
DIRETAMENTE PELO HOSPITAL, NOTAS FISCAIS, FATURAS
OU RECIBOS DO HOSPITAL, ORIGINAIS, COMPROVANDO O
PAGAMENTO POR RESPECTIVOS VALORES, RECIPOS
ORIGINAIS EMITIDOS EM NOME DA VÍTIMA, OU
COMPROVANTES DO PAGAMENTO A CADA MÉDICO OU
PROFISSIONAL, CONSTATANDO DATA, ASSINATURA,
CARRGO DE IDENTIFICAÇÃO, NÚMERO DO CNP, NÚMERO
DO CPF OU CNPJ E A ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO
PRESTADO, COM A DATA EM QUE FOI PRESTADO O
ATENDIMENTO E CÓPIA DO LAUDO ANATOMOPATOLOGICO
DA LESÃO E DOS EXAMES REALIZADOS EM GERAL,
QUANDO OUVER.

PODERÃO SER SOLICITADAS SUPLEMENTARES
COMPLEMENTARES, NOS TERMOS DO ANEXO A
RESOLUÇÃO CNP Nº 273/2012.

IMPORTANTE:
- NÃO É NECESSÁRIO ACUSAR, OBRIGANTE OU
QUALQUER INTERESSADO PARA DAR ENTRADA NO
PEDIDO DE INDENIZAÇÃO OU ACOMPANHAR O
ANDAMENTO DO PROCESSO.

O REEMBOLSO DE DAMOS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA
MÉDICA E SUPLEMENTARES, ESTÁ LIMITADO A VALORES
DEFINIDOS EM TABELA QUE ATENDE AOS REQUISITOS DO
ART. 15 DA RESOLUÇÃO CNP Nº 273/2012.

**PRazo PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO OU
REEMBOLSO:** TRÊS DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO
DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA COM BASE NO VALOR
VIGENTE NA DATA DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS
PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº
6.194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO
LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS.

PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO: DE 01 DE JANEIRO
A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO A QUE SE REFERE ESTE
ANUETE.

O SEGURO DPVAT DEVE SER PAGO JUNTAMENTE COM A
PRIMEIRA QUOTA OU COM A QUOTA ÚNICA DO IMPOSTO
DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA,
CASO SEJA FEITA A OPÇÃO PELO PARCELAMENTO, O
VENCIAMENTO TAMBÉM ESTARÁ ATRELADO AO
PAGAMENTO DAS PARCELAS DO IPVA, OS VENCIAMENTOS
DO IMPOSTO E DO SEGURO OCORREM SEMPRE NA
MESMA DATA.

O VEÍCULO NÃO ESTÁ AUTOMATICAMENTE LICENCIADO SE
O SEGURO OBRIGATORIO NÃO FOR PAGO (RESOLUÇÃO
CONTRAN Nº 644/1990).

50% DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATORIO
FICARÁ DESTINADO:

45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO
MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA
MÉDICO-HOSPITALAR, AS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE
TRÂNSITO (ART. 15 DA LEI Nº 6.194/1974).

5% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO -
DENATRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS
DESTINADOS A PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
(PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 16 DA LEI Nº 9.503/1997 -
CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).

ATENDIMENTO AO PÚBLICO
SAC DPVAT 0800 022 1204
www.dpvatsegurodotransito.com.br

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DPVAT, PEDIDOS DE
REINSCRIÇÃO E REINSCRIÇÃO, AUMENTO DE QUANTIAÇÃO,
LOCAL DE ATENDIMENTO, DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, PRUZO
E COBERTURA.

SUSEP DISQUE - SUSEP
0800 021 6464
www.susep.gov.br

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS -
AUTORIDADE FISCAL RESPONSÁVEL PELA FISCALIZAÇÃO,
NORMATIZAÇÃO E CONTROLE DOS SEGUROS DE
SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ACIDENTE, CAPITALIZAÇÃO,
RESEGURO E CONTRATORES DE SEGUROS.

SEGURO OBRIGATORIO

MULTAS DE TRÂNSITO

ENCARGOS DO DETRAN

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2018

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2018

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180254708 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO COM FRATURA DA CLAVÍCULA

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DEFORMIDADE EM CLAVÍCULA ESQUERDA, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E FLEXÃO DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO OMBRO ESQUERDO, INICIALMENTE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO E POSTERIORMENTE REALIZOU CIRURGIA COM FIXAÇÃO POR FIOS, COMPLEMENTANDO COM TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/06/2018

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO OMBRO ESQUERDO EM GRAU MODERADO.

Médico examinador: CARLOS EDUARDO DE CAMPOS GUERRA

CRM do médico: 589

UF do CRM do médico: RR

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

Médico revisor: Anderson Anísio

CRM do médico: 52.25458-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3180254708
Nome do(a) Examinado(a):	GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a):	P 7 21 CASA SÃO FRANCISCO
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	924.949.862-49
Data e local do acidente:	21/01/2018-PACARAIMA-RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 19/06/2018

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMA DIRETO EM OMBRO E COM FRATURA DE CLAVÍCULA E.

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

FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR , APOS 2 MESES A CIRURGIA: (21\03\2018).APOS RETIRADA DO FIO E FISIOTERAPIA TEVE ALTA DEPOIS 4 MESES DO ACIDENTE.

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

DEFORMIDADE EM CLAVÍCULA E COM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DO OMBRO(E) E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MSE.

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

(X) SIM () NÃO

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

(X) SIM () NÃO

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

LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO ARTICULAÇÃO GLENO UMERAL E. (FLEXÃO 80* ABD :50)

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

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

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

Região Corporal (Sequela): OMBRO E

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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



Região Corporal (Sequela):

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

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

N.D.N

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

Carimbo com nome e CRM

CARLOS EDUARDO DE CAMPOS GUERRA - Registro no CRM: 589 - RR



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Gilse Elaine de Souza Silva
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casada
Profissão: Funcionária Pública
Identidade: 231508 CPF: 924.946.862-59
Endereço: R: P-7 Bairro: Jão Francisco
Cidade: Caracará CEP: 69.360-000

OUTORGADO (Procurador)

Nome: Tânia Helena Fracalossi de Melo
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casada
Profissão: Corretora
Identidade: 488049 CPF: 421.026.772-49
Endereço: R: Antônio Augusto Martins Bairro: Jão Francisco
Cidade: Boa Vista CEP: 69.305-270

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representa-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar o sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato.

Local e data:

Mucajaz RR de março de 2018

Gilse Elaine de Souza Silva
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

RECONHECIMENTO DE NGF
COMARCA DE MUCAJAZ - RR
Reconheço por autenticidade
firma (s) de Gilse Elaine de Souza Silva
Mucajaz-RR, 20/03/2018.
Em testemunho da verdade.

Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

Leandro
Juiz Concedido da Silva
Cartório Autorizado