
Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200331902

Vítima: YCARO MOSIAH RAMOS SILVA

Data do Acidente: 09/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEILMA FABIENE DA SILVA

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, contados 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, 23 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200331902

Vítima: YCARO MOSIAH RAMOS SILVA

Data do Acidente: 09/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GEILMA FABIENE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 01 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200331902

Vítima: YCARO MOSIAH RAMOS SILVA

Data do Acidente: 09/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GEILMA FABIENE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Selecione 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: 000.000.000-00 4 - Nome completo da vítima: YCARO MESIAH RAMOS SILVA

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

5 - Nome completo: YCARO MESIAH RAMOS SILVA 6 - CPF: 000.000.000-00
7 - Profissão: estudante 8 - Endereço: Rua: 05 9 - Número: 215 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: cidade satélite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-471
15 - E-mail: LLOIRRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95)98404-5368

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

17 - Nome completo do Representante Legal: Geilma Fabiane da Silva
18 - CPF do Representante Legal: 967.809.599-00 19 - Profissão do Representante Legal: Atendente

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0653 CONTA: 34756-9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 15/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 10177/2020 - Registrado em: 02/09/2020 às 12h 56min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 09/01/2020 às 18h 30min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: RUA J

Nº: S/N

CEP:

Bairro: CIDADE SATELITE

Tipo de local:

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

GEILMA FABIENE DA SILVA (27), nascido(a) em 15/02/1993, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de ATENDENTE, CPF Nº 967.809.592-00, País: BRASIL, natural de ACOPIARA-CE, filho(a) de JOSEFA FELICIO DA SILVA e JOSÉ GENILSON DA SILVA, endereço: 05 Q-07 L- 215 C- 15, cep: 69317-471, Nº: 97, bairro: CIDADE SATELITE, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99132-4522.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A COMUNICANTE VEIO INFORMAR QUE SEU FILHO MENOR DE IDADE, YCARO MOSIAH RAMOS SILVA, ESTAVA TENTANDO ATRAVESSAR A RUA QUANDO FOI SURPREENDIDO E ATINGIDO POR UM CARRO. O MESMO VEICULO AJUDOU A SOCORRER A CRIANÇA LEVANDO-O AO HOSPITAL COSME E SILVA, ONDE LOGO RECEBEU ALTA MEDICA, NO DIA SEGUINTE PASSOU MAL E FOI LEVADO AO HOSPITAL DA CRIANÇA ONDE FOI CONSTATADO FRATURA CRANIANA, ESTE É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

JUVENAL JOSÉ DOS SANTOS JUNIOR
APC
MATRÍCULA: 42000251
ASSINADO ELETRONICAMENTE

Geilma Fabiene da Silva

GEILMA FABIENE DA SILVA
COMUNICANTE



ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO
SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
TABELIONATO DO 2º OFÍCIO

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
YCARO MOSIAH RAMOS SILVA

MATRÍCULA:
096511 01 55 2014 1 00165 231 0099876 66

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO Trinta de setembro de dois mil e quatorze		DIA 30	MÊS 09	ANO 2014
HORA NASC 04h17min	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO Boa Vista/RR			
MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF Boa Vista-RR	LOCAL DE NASCIMENTO Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth		SEXO Masc	
FILIAÇÃO IGOR COSTA RAMOS, natural de Mata Roma/MA e GEILMA FABIENE DA SILVA, natural de Acopiara/CE				
AVÓS Maricelinho de Adão da Silva Ramos e Rosângela Costa Carneiro (paternos) e José Genilson da Silva e Josefa Felicio da Silva (maternos)				
GÊMEOS Não	NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS Nada consta.			
DATA DE REGISTRO POR EXTENSO Quatorze de outubro de dois mil e quatorze		Nº DNV 30-064006201-8		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Ato registrado no livro A-165, às folhas 231 verso, sob o nº 99876. 1ª Via. Declarante: O pai:				

O conteúdo da certidão é verdadeiro, dou
fé.
Boa Vista-RR, 20 de outubro de 2014

NOME DO OFÍCIO
Tabelionato do 2º Ofício

OFICIAL REGISTRADOR
Wagner Mendes Coelho

MUNICÍPIO/UF
Boa Vista-RR

ENDEREÇO
Av. Ataíde teive, 2.042

REGISTRO CIVIL
[Assinatura]

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 5779499 FCAM*

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\$)
AGOSTO/2020	01/09/2020	50	39,81

GETULIO PEREIRA DO NASCIMENTO

CPF: 00032907524791

R. 05 97 Q-07 L-715 C-15 CIDADE SATELITE

CEP: 69.317-471 BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual: 12/08/2020 Anterior: 14/07/2020 Próxima leitura: 11/09/2020
Emissão: 11/08/2020 Apresentação: 12/08/2020 Dias de consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo Classe/Subclasse Ligação Número Medidor Faturamento Modalidade
1.4.1.1 RESID.BX.RENDAIONOF E2730664 NORMAL CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	149,2							
Leit. Anterior	149,02							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	50							
Faturado:	50							

DESCRIÇÃO DA CONTA

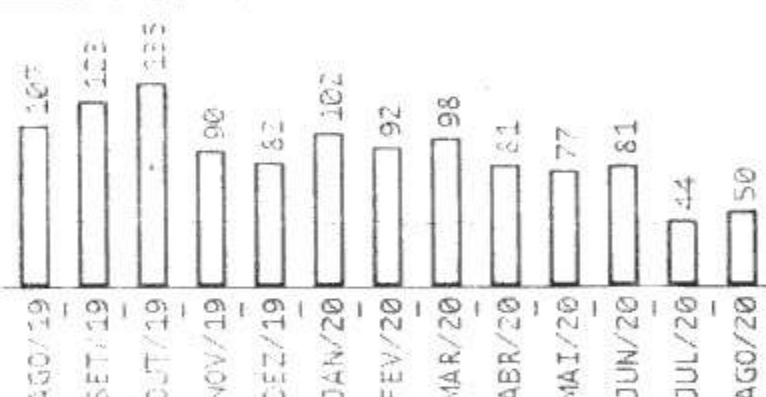
CONSUMO	30 A R\$ 0,218776 =	6,56
	20 A R\$ 0,375050 =	7,50
	17,19	
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA		
MULTA POR ATRASO DE I 06/20 00		0,74
JUROS DE MORA POR ATR 06/20 00		0,09
ILUMINACAO PUBLICA		24,92

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA DE TRIBUTAÇÃO
0 A 30 - 0,209140
31 A 50 - 0,375050

Média 12 meses:

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Quando ocorrer a interrupção do fornecimento de energia elétrica, a Roraima Energia não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes da interrupção do fornecimento. O não pagamento poderá ensejar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O não pagamento poderá também ensejar a inclusão do nome do consumidor no SERASA.

Este aviso é emitido para que você possa tomar as providências necessárias para evitar a interrupção do fornecimento de energia elétrica.

Este aviso é emitido para que você possa tomar as providências necessárias para evitar a interrupção do fornecimento de energia elétrica.

RESERVADO AO FISCO E877.23E6.0792.2137.E562.9DD3.B180.6BD7

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	8,99
Distribuição:	1,40
Transmissão:	0,00
Encargos:	0,50
Perdas:	0,50

Base de Cálculo:

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	9,24	18,49	36,99
Realizado	0,00		
FIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,46	16,92	33,84
Realizado	0,00		
DMIC	Mensal		



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh) 653	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71
-------------------------	----------------	-----------------------------

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE (RG, EMISSOR)UF
114607 SSP RR

CNP
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

750009.000000001081.917005200055



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Flair Imácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ycaro Moriah Remes Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.000.000 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Ycaro Moriah R. Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.000.000 / 00, 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: Antônio P. Galvão</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>Bom Jesus</u>	Estado:	<u>RR</u>
E-mail:	<u>ILDIRRRR@HOTMAIL.COM</u>			CEP:	<u>69.309-209</u>
				Tel.(DDD):	<u>(95)98404-5368</u>

Local e Data: Bom Jesus - RR, 15/08/2020

Assinatura do Declarante



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde - SMSA
Hospital da Criança Santo Antônio

PRONTUÁRIO

83294

246977 Internação 10/01/2020
246883 Urgência/Emergência 10/01/2020
246962 Externo 10/01/2020

Cartão do SUS:

708203149009144

Data Nascimento:

30/09/2014

Sexo:

M

Nome:

YCARO MOSIAH RAMOS SILVA

Mãe:

GEILMA FABIENE DA SILVA



1350
11/01/20
Cant.

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 83294 Data Nascimento: 30/09/2014 Idade: 5 Anos / 3 Meses / 10 Dias
Nome do Paciente: YCARO MOSIAH RAMOS SILVA
Sexo: MASCULINO
Endereço: RUA 05 Naturalidade:
Bairro: CIDADE SATELIDE Número: 97
CEP: 69309000 Cidade: BOA VISTA
Nacionalidade: BRASILEIRO (A) Telefone: 991324522
Nome da Mãe: GEILMA FABIENE DA SILVA CNS: 708203149009144

DADOS DO RESPONSÁVEL

Responsável: Parentesco: Fone:
Identidade: CPF:

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 246883 Data Atendimento: 10/01/2020 09:08:18 Data Classificação: 10/01/2020 09:08
Origem: RECEPÇÃO URGENCIA/EMERGENCIA Tipo: UE || URGENCIA E EMERGENCIA
Local de Procedência: DOMICILIO
Queixa Principal: ACIDENTE DE TRANSITO ONTEM FOI ATENDIDO NA PCCS, APRESENTOU VOMITO HOJE, CEFALIA TONTURA E DOR

Observação:

Peso: 17.8 KG Temp.: 36 Usuário triagem: MARIA GORETE LIMA PIRES

Atendimento Principal

ANAMNESE HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

10:35 Paciente com história de acidente de trânsito onde
a mãe foi atendida no (PCCS) depois chegou ao hospital com
uma com queixa de Cefaleia + Tontura + Vômito 4 x hoje + dor
cefálica + dor abdominal
Acidente com carro. Evoluiu

EXAMES SOLICITADOS

Exames solicitados: Exames de rotina

CONDUTA

Tratar com analgésico e antiemético

Tratar com analgésico e antiemético

Uv TCE + Tmves

Intervng Hospitall

Rorta L. Velazquez de La C. a.
Médico
CRM-RR 1880

Nome **YCARO MOZIAH RAMOS SILVA**

Cód. Pac.:67968

Data:10/01/2020 Idade:5A3M Procedência: HCSA

Médico Solicitante: BORIS LA CRUZ

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIO-ENCEFÁLICA

Protocolo:

Aparelho multislice, sem a infusão intravenosa do contraste iodado.

Indicação:

Trauma.

Relatório:

- Tênuo aumento volumétrico / densificação de partes moles extracranianas na região parietoccipital lateral direita (provável hematoma subgaleal pós-traumático).
- Fratura discretamente desalinhada no osso parietal à direita com extensão caudal ao aspecto posterior da porção mastoidea do osso temporal e sutura occipitomastoidea ipsilaterais, com certa disjunção desta última.
- Ausência de coleções hemáticas extra-axiais ou hemorragias intraparenquimatosas detectáveis ao método.
- Demais aspectos sem alterações significativas neste contexto.



Dr. Leonardo Furtado Freitas CRM140750

Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443
Responsável Técnico

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



CLÍNICA NEUROSCAN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Nome **YCARO MOSIAH RAMOS SILVA**
Data: 13/01/2020 Idade: 5A3M Procedência: HCSA
Médico Solicitante: MARILIA MONTEIRO

Cód. Pac.: 67968

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Protocolo

Realizados cortes axiais do crânio no plano órbito meatal, sem a injeção endovenosa de contraste iodado.

* Exame realizado em caráter de urgência, conforme solicitação.

Indicação:

- Controle de TCE.

Relatório:

- Traço de fratura longitudinal no osso parieto-occipital direito, cruzando a sutura. Associam-se discreto aumento de partes moles/hematoma nesta topografia.
- Discreta coleção laminar extra-axial na convexidade frontal esquerda (espessura de até 0,3 cm), associada a uma hipotenuação/contusão parenquimatosa focal da cortical.
- Tronco cerebral e cerebelo preservados.
- Ventrículos laterais e III ventrículo com morfologia, dimensões e situação normais.
- Linha média sem desvios significativos.

Dr. Leomar Hitotuzi
Médico Imagenologista
CRM-RR 1232

Dr. Leomar Hitotuzi

CRM1232

Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443
Responsável Técnico

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

PEDIDO DE PARECER



Secretaria Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Boa Vista

BLOCO:

Amanhele

LEITO:

25

Nº do Registro:

83244

Data de Nascimento:

30.08.14

Nome:

Ycero Nossiah Renna

Sexo:

masculino

5 ANOS

A Clínica

Neurocirurgia

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do paciente).

Foi atropelado por um carro
Tomografia - fratura crânio
Solicita avaliação

Data

11 / 01 / 20

Marcia Pinheiro

Pediatra

Assinatura e Carimbo do Médico Requisitante

PARECER:

13:00 Dr Simão contato telefônico
Avalia TC não tem conduta
Neurocirurgica no momento
solicitar TC controle com 48 horas
ou se apresentar alteração Neurológica

Dr. José Carrero
Médico
CRM-RR 1860

comunicado!



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

PEDIDO DE PARECER



Secretaria Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Boa Vista

BLOCO:

LEITO:

59

Nº do Registro: _____ Data de Nascimento: _____

Nome: Ycaro Sexo: _____

A Clínica

Neurocirurgia

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do paciente).

Paciente el TCE + fratura parieto occipital
TC de controle no monitoramento (após 48hs)
no momento el torturas eventuais
Solução avaliação grata.
Temperatura 37,2.

Data

15 / 01 / 2020

Assinatura e Carimbo do Médico Requisitante

Dr. Mário J. L. Santanna
Neurocirurgia
11/20-ROE 5

PARECER:

hade neurocirurgia

fratura de maxilar

sem produtos neurocirurgia

Dr. Mário J. L. Santanna
Neurocirurgia
06/2019



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

RESUMO DE ALTA



Secretaria Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Boa Vista

Nome: Ycaro Moriah Ramos Silva

Idade: _____ Sexo: _____ Prontuário: 83294

Data de Internação: 10/01/20 Data da alta: 16/01/2020

Diagnóstico de saída: _____

TCE

Evolução \ Complicações durante a internação: Paciente vítima de atropelamento por carro, c/ TCE e fratura longitudinal no osso parieto-occipital D, causando a ruptura direita e lesão extra-axial na convexidade frontal E. Realizou TC dia 10/01 e 13/01 - neurocirurgia de emergência - complicações.

Medicação no momento da alta: 15/01 leuco 7710 - 58,3 N, 26,3 L, 8,8% E, Hb 11,6, VCM 76,1, HCM 26, RDW 12,1, plaq 260 mil, PCR 3,65

Recada alta pulando, brincando, com tentativas eventuais aos esforços.

Observações e comentários: _____

Aos egresses. Internação e vigilância

Condições na alta: Curado _____ Melhorando: ✓ Inalterado: _____

A pedido: _____ Óbito: _____

Dr. Morais
pediatria
R 1729 RQE

Médico responsável



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com história de acidente de trânsito ocorrido a bordo de veículo P.R.C.S., cedido pelo Departamento de Polícia Militar, com lesões H.V. Hútero + H.V. Cefálico - Cefálico + H.V. 93 Dorsais Hútero

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

f.32

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

TCE (Transtorno)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Boris L. Velazquez de La Cruz

10 JAN. 2020

Boris L. Velazquez de La Cruz

Médico

Médico

CRM 11.111

CRM 11.111

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com história de acidente de trânsito ocorrido a noite
foi atendido P.B.C.S., chegou ao hospital com um braço
deformado H4 H56 + um tornozelo + Cefaleia + um 93 dormente no joelho

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fratura

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

TCE (Transtorno)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CRM - 15.123

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR



GEILMA FABIENE DA SILVA

FILIAÇÃO..... JOSÉ GENILSON DA SILVA
JOSEFA FELICIO DA SILVA
NASCIMENTO..... 15/02/1993 SEXO: FEMININO
ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO
NATURALIDADE: ACOPIARA - CE
DOCUMENTO..... R.G. 3262537 SESP RR 21/12/2004

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 967.809.592-00

CNH:

TIT. ELEITOR: 004200442666

SEÇÃO: 282

ZONA: 5

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 17/12/2009



TRABALHADOR

Trabalha em uma empresa de serviços de limpeza, com carteira assinada, desde 15/02/1993, com salário de R\$ 1.200,00 (dois mil e duzentos reais) por mês, além de benefícios sociais e previdenciários.

Atualmente reside em uma casa própria, com endereço em ACOPIARA - CE, onde mora com seu marido e dois filhos. Possui um veículo próprio, uma moto Honda, e não possui dívidas com o Fisco ou com o Judiciário.

Declaro sob juramento que as informações acima são verdadeiras e corretas, sob pena de falsidade declarada, com as penas previstas no artigo 304 do Código Penal Brasileiro.

Assinatura do Trabalhador: *Geilma Fabiene da Silva*

Assinatura do Superintendente: *Manoel Soares de Moura*

Assinatura do Tabelião: *[Assinatura]*

Assinatura do Escrivão: *[Assinatura]*

Assinatura do Promotor: *[Assinatura]*

Assinatura do Juiz: *[Assinatura]*

Assinatura do Ministério Público: *[Assinatura]*

Assinatura do Defensor Público: *[Assinatura]*

Assinatura do Advogado: *[Assinatura]*

Assinatura do Procurador: *[Assinatura]*

Assinatura do Juiz de Direito: *[Assinatura]*

Assinatura do Juiz de Primeira Instância: *[Assinatura]*

Assinatura do Juiz de Segunda Instância: *[Assinatura]*

Assinatura do Juiz de Terceira Instância: *[Assinatura]*

161.99044.74-7

3494082

003-0

RR

Geilma Fabiene da Silva



VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh) 653	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71
-------------------------	----------------	-----------------------------

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE (RG, EMISSOR) 114607 SSP RR

CNP 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO 07/04/1978

FILIAÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO 01101912304 VALIDEZ 28/01/2026 1ª HABILITAÇÃO 15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO 30/01/2015

92485240616 RR207968020

750009.000000001081.917005200055





ESTADO DE RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO
SERVIÇOS DE NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
TABELIONATO DO 2º OFÍCIO

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
YCARO MOSIAH RAMOS SILVA

MATRÍCULA:
096511 01 55 2014 1 00165 231 0099876 66

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO
Trinta de setembro de dois mil e quatorze

DIA
30

MÊS
09

ANO
2014

HORA NASC
04h17min

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
Boa Vista/RR

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF
Boa Vista-RR

LOCAL DE NASCIMENTO
Hospital Materno Infantil
Nossa Senhora de Nazareth

SEXO
Masc

FILIAÇÃO
IGOR COSTA RAMOS, natural de Mata Roma/MA e GEILMA
FABIENE DA SILVA, natural de Acopiara/CE

AVÓS
Maricelinho de Adão da Silva Ramos e Rosângela Costa
Carneiro (paternos) e José Genilson da Silva e Josefa
Felicio da Silva (maternos)

GÊMEOS
Não

NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS
Nada consta.

DATA DE REGISTRO POR EXTENSO
Quatorze de outubro de dois mil e quatorze

Nº DNV
30-064006201-8

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Ato registrado no livro A-165, às folhas 231 verso, sob o
nº 99876. 1ª Via. Declarante: O pai:

O conteúdo da certidão é verdadeiro, dou
fé.
Boa Vista-RR, 20 de outubro de 2014

NOME DO OFÍCIO
Tabelionato do 2º Ofício

OFICIAL REGISTRADOR
Wagner Mendes Coelho

MUNICÍPIO/UF
Boa Vista-RR

ENDEREÇO
Av. Ataíde teive, 2.042

REGISTRO CIVIL
[Assinatura]

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Geilma Fabiene da Silva

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: Atendente

IDENTIDADE: 3262537 SESP/RR

ENDEREÇO: Rua: 05 97 A-07 L-215 C-15 cidade Satellite

OUTORGADO

NOME: Ilair Inacio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114807 SSP/RR

ENDEREÇO: Rua Antonio Pinheiro Galvão 1832 Beneditos

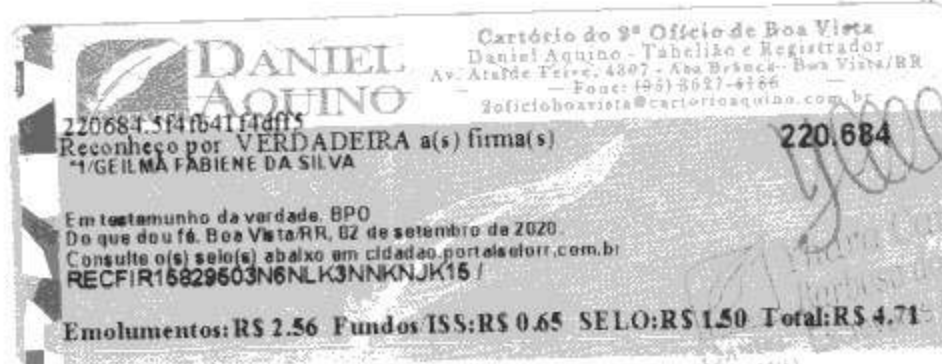
Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 09/01/2020 cobertura Invalidez, vítima:

Ycaro Hesiani Ramos Silva

Geilma Fabiene da Silva

OUTORGANTE

BOA VISTA-RR, 02 DE Setembro /2020.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0261479/20

Vítima: YCARO MOSIAH RAMOS SILVA

CPF: 967.809.592-00

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 09/01/2020

CPF de: Representante

Titular do CPF: GEILMA FABIENE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

GEILMA FABIENE DA SILVA : 967.809.592-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 16/09/2020
Nome: GEILMA FABIENE DA SILVA
CPF: 967.809.592-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

GEILMA FABIENE DA SILVA

MANOEL COELHO NETO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200331902 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: YCARO MOSIAH RAMOS SILVA **Data do acidente:** 09/01/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniano com fratura de crânio.

Descrição do exame físico: Exame físico sem alterações.

Resultados terapêuticos: Vítima fez tratamento conservador clínico, não faz uso de medicação neurológica, não teve revisão após alta hospitalar.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 28/09/2020

Conduta mantida:

Observações: Não foram identificadas alterações funcionais decorrentes do trauma.

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: 3200331902 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: YCARO MOSIAH RAMOS SILVA **Data do acidente:** 09/01/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. p2,4,8

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200331902 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: YCARO MOSIAH RAMOS SILVA **Data do acidente:** 09/01/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA DO OSSO PARIETAL À DIREITA. p2,4,8

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200331902 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: YCARO MOSIAH RAMOS SILVA **Data do acidente:** 09/01/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniano com fratura de crânio.

Descrição do exame físico: Exame físico sem alterações.

Resultados terapêuticos: Vítima fez tratamento conservador clínico, não faz uso de medicação neurológica, não teve revisão após alta hospitalar.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 28/09/2020

Conduta mantida:

Observações: Não foram identificadas alterações funcionais decorrentes do trauma.

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

**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: 3200331902

Nome do(a) Examinado(a): YCARO MOSIAH RAMOS SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua 05, 0, QD 7 LT 215, Boa Vista/RR

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 000000

Data e local do acidente: 09/01/2020 - Boa Vista/RR

Data e local do exame: 28/09/2020 - Boa Vista/RR

Coordenadas Geográficas: latitude: 2.81642 , longitude: -60.67005

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO COM CONSEQUENTE FRATURA DO CRANIO

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

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR CLINICO, NÃO FAZ USO DE MEDICAÇÃO NEUROLÓGICA, NÃO TEVE REVISÃO APÓS ALTA HOSPITALAR.

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

Exame físico sem alterações.

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

Sim

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

Não

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

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito 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.

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

Menor de 05 anos veio acompanhado de sua mãe a Sra.: GEILMA FABIANE DA SILVA-
RG: 326253-7 RR Mãe relata queixas auditivas, mas não tem laudo de otorrino e nem encaminhamento.


Dr. Regina Claudina Rodrigues Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177