
Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180598501

Vítima: MARIA SOLANGE GUEDES FLOR

Data do Acidente: 26/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA SOLANGE GUEDES FLOR

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 59869038204 Nome completo da vítima: MARIA SOLANGE GUEDES F. NÔR

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

Nome completo: MARIA SOLANGE GUEDES F. NÔR CPF: 59869038204

Profissão: FUNC. PÚBLICA Endereço: R. ENG. CARLOS GERARDO Número: 599 Complemento: -

Bairro: CENTENÁRIO Cidade: BOA VISTA Estado: RR CEP: 69.312-521

E-mail: LUANNA.SOUZ22A71@HOTMAIL.COM Tel. (DDD) (095) 99116.8367

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 0250 ☒ CONTA: 28.060 ☒
(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: BOA VISTA, 18/12/2018

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO: Maria Solange Guedes Flor

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): [Assinatura]

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____
2ª Nome: 20 DEZ 2018 CPF: _____

Assinatura: THOMAS
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

494174

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 514/2017/DAT - Boa Vista-RR, em 21/09/2017

COMUNICANTE: MARIA SOLANGE GUEDES FLOR
RG: 131729 O. EXP.: SSP/RR CPF: 598.690.382-04
ENDEREÇO: RUA ENG. CARLOS GERALDO Nº: 599
BAIRRO: CENTENARIO CIDADE: BOA VISTA
SEXO: FEMININO PROFISSÃO: TECNICO EM ENFERMAGEM
NATURALIDADE: SANTA ISABE DO PARA ESTADO: PA
DATA DE NASCIMENTO: 26/10/1970 IDADE: 47 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: SUPERIOR
ESTADO CIVIL: SOLTEIRA TELEFONE: 99175-2000 Nº REG. CNH: 02483962669
NOME DO PAI: RAIMUNDO MATIAS FLOR
NOME DA MÃE: TERESINHA GUEDES FLOR

Senhor Delegado, venho comunicar que no dia 26/08/2018 aproximadamente às 06h40min. na Avenida Brasil, 13 de setembro, Cidade: Boa Vista-RR.

A comunicante relata que na data e hora acima mencionados, trafegava na Avenida Brasil, sentido bairro/centro, conduzindo a motocicleta HONDA CG 150 FAN ESDI, placa NUL9419/RR, Chassi 9C2KC1680DR800429, de propriedade de MARIA SOLANGE GUEDES FLOR. Que nesse dia havia óleo derramado na avenida, e devido a isso, perdeu o controle da motocicleta, derrapou e caiu, sofrendo lesões corporais. Que foi socorrida pelo SAMU. Que registra **SOMENTE** para fins de seguro DPVAT. É o relato.

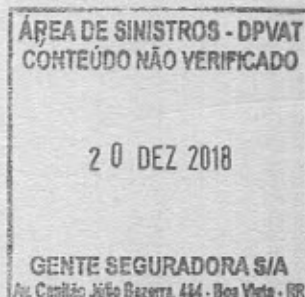
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL
OBSERVAÇÃO: BO REGISTRADO PARA SEGURO DPVAT.

ERICO WALLACE BESSA ROCHA
AGENTE DE POLICIA
MAT: 4200652



MARIA SOLANGE GUEDES FLOR
Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 59869038204 Nome completo da vítima: MARIA SOLANGE GUEDES F. NÔR

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

Nome completo: MARIA SOLANGE GUEDES F. NÔR CPF: 59869038204

Profissão: FUNC. PÚBLICA Endereço: R. ENG. CARLOS GERARDO Número: 599 Complemento: -

Bairro: CENTENÁRIO Cidade: BOA VISTA Estado: RR CEP: 69.312-521

E-mail: LUANNA.SOUZ22A71@HOTMAIL.COM Tel. (DDD) (095) 99116.8367

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

RENDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

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

AGÊNCIA: 0250 ☒ CONTA: 28.060 ☒
(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: BOA VISTA, 18/12/2018

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Maria Solange Guedes Flor
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: 20 DEZ 2018 CPF: _____



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Paciente: Maria Solange Guedes Flor
Nacionalidade: Brasileira
Endereço: Av. Brasil

Raça: Branca [] Negra [] Parda [X] Amarela [] Indígena-Etnia []
Idade: 47 Sexo: Femenino

Nº 15968

DATA 26/08/18

Bairro: 13 de Setembro

Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM:

HORA J/9: 06:53

BASE VIA []

[] RÁDIO

MOTIVO DO ACIONAMENTO:

Queda de moto

HORA J/10: 06:59 07:11

[X] CELULAR

ACIONAMENTO

[X] SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NA BASE [] OUTRO

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora [] 1 a 3 horas [] 4 a 24 horas [] Mais de 24 horas [] Não sabe []

AUTOMÓVEL

- [] Capotamento
- [] Atropelamento
- [] Colisão AUTO x
- [] Motorista
- [] Passageiro Banco dianteiro
- [] Passageiro Banco traseiro

PEDESTRE

- [] Atropelamento
- [] VIA [] CALÇADA

[] CICLOVIA
[] FAIXA

AUTOMÓVEL

- [] Uso do cinto
- [] Vítila projetada
- [] Vítila encarcerada
- [] Air Bag Acionado

MOTOCICLETA / BICICLETA

- [X] Colisão MOTO x
- [X] Queda de moto
- [X] Atropelamento
- [X] Queda de Bicicleta
- [] Piloto

- [] Com capacete
- [X] Sem capacete

[] Garupa

VIOLENCIA

- [] FAB
- [] FAF
- [] Espancamento
- [] Violência Doméstica
- [] Violência Sexual
- [] Tentativa de suicídio
- [] Outro:

OUTROS

- [X] Ac. De Trabalho [] Local [X] Trajeto
- [] Queda, Altura aprox.
- [] Acidente Doméstico
- [] Queimadura Agente
- [] Afogamento
- [] Agressão p/ animal
- [] Outros:

VIAS AÉREAS

- [X] Livre
- [] Obstrução Parcial
- [] Obstrução Total
- [] Corpo estranho
- [] Edema de Glote
- [] Outro:

VENTILAÇÃO

- [] Eupneico
- [] Apnéia
- [] Dispneia
- [] Bradipnéia
- [] Taquipnéia
- [] Roncos
- [] Sibilos
- [] Respiração paradoxal

AValiação INICIAL

CIRCULAÇÃO

- [] Normocárdico
- [] Bradicárdico
- [] Taquicárdico
- [] Arritmico
- [] Enchimento capilar acima de 2"
- [] Ausente
- [] Cianose central
- [] Cianose de extremidade

AVAl. NEUROLÓGICA

- [X] AVDN
- [] Miose
- [] Midriase
- [] Anisocoria [] D [] E
- [] Aparentemente Etilizado
- [] GLASGOW

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora

P.A mm/hg

F.C Bpm

F.R Mpm

Sat O₂ %

T. Axilar °C

Glicemia

Esc. visual "DOR"

APGAR

Início 07:05 130x90
Fim 07:11 130x90

96 23 97

97 20 98

97 20 98

97 20 98

97 20 98

97 20 98

97 20 98

Pele

- [X] Corada
- [] Quente
- [] Pálida
- [] Fria
- [] Úmida
- [] Seca
- [] Cianótica

Cabeça

- [] Contusão
- [] Escoriação
- [] Laceração
- [] Hematoma
- [] Afundamento
- [] Fer. penetrante

Face

- [] Contusão
- [] Escoriações
- [] Lacerações
- [] Ferimento ocular
- [] Luxação
- [] Mandíbula

Pescoço

- [] Escoriações
- [] Lacerações
- [] Hematoma
- [] Desvio da traquéia
- [] Enfiseima Sub-Cutâneo

Tórax

- [] Dor
- [] Escoriações
- [] Lacerações
- [] Contusão pulmonar
- [] Ferida Aspirativa
- [] Empalamento

Abdome

- [] Escoriações
- [] Lacerações
- [] Distendido
- [] Em tábua
- [] Doloroso
- [] Evisceração

Pelve

- [] Contusão
- [] Escoriações
- [] Dor
- [] Instabilidade
- [] Crepitação

Coluna Dorsal

- [] Contusão
- [] Hematoma
- [] Dor
- [] Escoriações
- [] Crepitação

MMSS

- [] Contusão
- [] Escoriações
- [] Luxações
- [] Lacerações
- [] Fratura
- [] Amputação
- [] Crepitação

MMII

- [] Contusão
- [] Escoriações
- [] Luxações
- [] Lacerações
- [] Fratura
- [] Amputação
- [] Crepitação

OCULAR

- [X] Espontânea
- [] Ao comando
- [] 2 A dor
- [] 1 Sem resposta

VERBAL

- [X] Orientado
- [] Confuso
- [] 3 Palavras inapropriadas
- [] 2 Palavras incompreensíveis
- [] 1 Sem resposta

MOTORA

- [X] Obedece a comandos
- [] 5 Localiza a dor
- [] 4 Movimento de retirada
- [] 3 Flexão anormal
- [] 2 Extensão anormal
- [] 1 Sem resposta

TOTAL 15

AVAliação CARDÍACA

- [] Ritmo Sinusal
- [] Taquicardia
- [] Bradicardia
- [] Filuter

- [] Fibrilação atrial
- [] Fibrilação ventricular
- [] Assistolia

AFECCÃO CLÍNICA

- [] Respiratória
- [] Neurológica
- [] Psiquiátrica
- [] Metabólica
- [] Cardiovascular
- [] Aborto

- [] Digestiva
- [] Infecçiosa
- [] Obstétrica
- [] Outra

HISTÓRIA PEGRESSA

- [] Diabetes
- [] Cardiopatia
- [] HAS
- [] Medicação de uso:

- [] Alergias
- [] Outros

GRAVIDADE PRESUMIDA

[] ILESO

[] PEQUENA

[] MÉDIA

[] SEVERA

[] ÓBITO EVIDENTE

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

20 DEZ 2018

OBSERVAÇÕES

AGENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bizarra, 444 - Boa Vista - RR

CONFERE COM O ORIGINAL

EM 21/09/18

Stephanie

AVAliação NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na cena do acidente)

AVAliação NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)

INCIDENTE

RCP

- [] Cancelamento
- [] Recusa de Atendimento
- [] Não se encontrava no local - EVASÃO
- [] Recusa de hospitalização
- [] Trote
- [] Bombeiro no local:

- [] Iniciada as:
- [] RCP com sucesso
- [] RCP sem sucesso
- [] Obs:

- [] Polícia Militar
- [] Guarda Municipal
- [] SMTRAN
- [X] Bombeiro
- [] Outros:

PRF

DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local	<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS	<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
	<input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR	<input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA	<input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI
	<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - HGR	<input type="checkbox"/> HMINSN	<input type="checkbox"/> Outros
	<input type="checkbox"/> Coronel Mota		

CASO CLÍNICO

Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente atendido pelo SAMU, recebi as orientações sobre o meu caso, não sendo necessário, no momento, o meu encaminhamento à unidade hospitalar.

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

PERTENCE DO PACIENTE

Descrição: _____

Nome do Receptor: _____

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

TERMO DE RECUSA

☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento pré-hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE

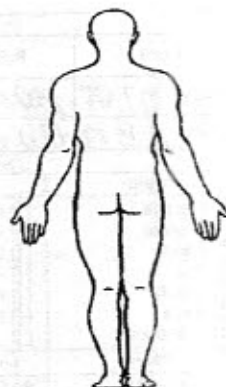
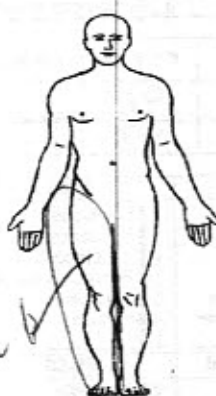
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

Perda de líquido: _____ BCF: _____

☐ Com cartão ☐ Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
1. Olhos abertos prontamente à estimulação	Espontânea	4
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ap Som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	A Pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Verbal		Pontos
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	Palavras	3
Apenas gemidos	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora		Pontos
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	5
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo da cabeça ou pescoço	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	Não testável	NT



Última de queda de moto, hoje, realizado avaliação
prim + secund, queixando-se de dor no
membro superior, ciático preservado, ao VR, ao GT.

CONFERE COM O ORIGINAL

EM 20/09/18

Stephane

Diame 809.347 com.

ASSINATURA E CARIMBO

Eletrobras

Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0090829-0

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Ené 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 Imposto Autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 001309999

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

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2018	16/09/2018	741	442,26

MARIA SOLANGE GUEDES FLOR

R. ENG CARLOS GERALDO 599 CENTENARIO

CPF: 00059869038204

CEP: 69.312-521 - BOA VISTA

ROT: 31.001.27.02.349600

DADOS DA LEITURA		kWh	kVAh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	57163			Atual:	22/08/2018
Anterior:	56422			Anterior:	20/07/2018
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima leitura:	20/09/2018
Consumo Medido:	741			Emissão:	21/08/2018
Consumo Fatorado:	741		FCAM	Aprovação:	22/08/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fiel	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2808217	M 1519447	1.1.1.2	830

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		
JUL/18 619	CONSUMO 741 A R\$ 0,557486 =	413,09
JUN/18 651	CORREÇÃO MONETARIA DA 06/18-00	0,03
MAR/18 619	CORREÇÃO MONETARIA IG 06/18-00	2,29
ABR/18 827	MULTA POR ATRASO DE 1 06/18-00	0,51
MAR/18 815	JUROS DE MORA POR ATR 06/18-00	0,08
FEV/18 912	MULTA POR ATRASO 06/18-00	7,37
JAN/18 828	JUROS DE MORA DE IMPO 06/18-00	1,71
DEZ/17 940	ILUMINACAO PUBLICA	17,18
NOV/17 1194		
OUT/17 1040		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 741 - 0,456778

MENSAGENS IMPORTANTES: REAVISO DE VENCIMENTO.
CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) P
ODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 21/08/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 3F84.87F1.433D.C4F4.B459.4A30.2FAC.E34A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	126,94	Base de Cálculo:	413,09
Energia:	203,08	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	70,22
Encargos:	8,46	Valor do PIS:	0,76
Tributos:	74,61	Valor do COFINS:	3,63

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
8,45	16,91	33,82	8,46	16,92	33,84	4,65	
0,00			0,00			0,00	

DISTRITO 06/2018 144,93
ROT: 31.001.27.02.349600

Eletrobras		SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
Distribuição Roraima		0090829-0	442,26
Eletrobras Distribuição Roraima		MÊS FATURADO	VENCIMENTO
Av. Capitão Ené Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR		08/2018	16/09/2018
CNPJ: 02.341.470/0001-44 Insc. Estadual: 24.007.022-3		Nº da Nota Fiscal:	001309999 FCAM

83610000004 8 42260075000 0 000000000000 1 82900818008 7



SEQ.: 00003 UC: 0090829-0 DT.LEIT.: 22/08/2018 T.ENTR.: 01
LEITURA: 57163 NORMAL TOTAL: 442,26 CARGA: 007
DT.VENC.: 16/09/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1041

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazerra, 444 - Boa Vista - RR

Itaucard



CDU ASA BRANCA RR
 LUANA AMORIM DE SOUZA
 R SD PM JACINTO JOSE SANTANA SILVA 359
 CS - CARANA
 69313-572 BOA VISTA - RR

PC - 10



7211094230331540000000626630 250618

Postagem: 25/06/2018
 Vencimento: 05/07/2018
 Emissão: 24/06/2018
 Fechamento próxima fatura: 31/07/2018

Titular **LUANA AMORIM DE SOUZA**
 Cartão **4440.XXXX.XXXX.9642**

Para que espere a fatura impressa chegar em casa? Mude agora para a Fatura Digital. Acesse

vencimento
05/07/2018

A) pagamento total R\$
491,89

ou B) pagamento para
 rotativo (a partir de)
231,1

CÓPIA

Resumo da fatura

Total da fatura anterior
 Pagamento efetuado em 05/06/2018
 Saldo financiado
 Lançamentos atuais
Total desta fatura

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados na fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o pago.

Seu crédito

pagamento mínimo por
 encargamento

Não Disponível

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 20 DEZ 2018
 GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bazzara, 484 - Boa Vista - RR

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 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 LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES inscrito (a) no CPF 294.316.382 / 15 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA SOLANGE GUEDES FLÔR inscrito (a) no CPF sob o Nº 598.690.382 / 04, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA SOLANGE GUEDES FLÔR, inscrito (a) no CPF sob 598.690.382 / 04, 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 RUA SD.PM.JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA		Número 359	Complemento
Bairro CARANÃ	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.313-372
Email luanna.souza71@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ 2018

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

BOA VISTA, 18 de DEZEMBRO de 2018.

Local e Data



Assinatura do Declarante



Diagnóstico Médico por Imagem Ltda

Nome: **MARIA SOLANGE GUEDES FLOR**

Convênio: PARTICULAR

Solicitante: Dr. JOSE CARLOS DE ARAUJO MENDES

Código: 1139203.02

Emissão: 09/10/2018 16:59:26

Página...: 1/1

Idade: 47 anos

Sexo: FEM

Data: 09/10/2018 10:22:00

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COXA DIREITA (5 filmes) (M) (LA)

TÉCNICA:

Realizadas aquisições multiplanares em campo de 1,5 Tesla (alto campo) com as seguintes ponderações:

Coronal SE T1, FSE T2 e STIR;

Sagital FSE T2;

Axial STIR.

ACHADOS:

Extensa quantidade de tecido inflamatório entre as fibras do ventre muscular do semimembranoso (componente do isquiotibial) junto à sua junção miotendínea, notadamente em seu terço proximal/médio, associada a lâmina líquida intermuscular adjacente. Nota-se ainda rotura de espessura total longitudinal tipo "split" do tendão do semimembranoso em seu terço médio por uma extensão de 5,0 cm.

A estrutura óssea femoral apresenta sinal íntegro.

O TCSC, bem como as demais partes moles, incluindo feixes neurovasculares não evidenciam anormalidades ao método.

CONCLUSÃO:

1. EXTENSA QUANTIDADE DE TECIDO INFLAMATÓRIO ENTRE AS FIBRAS DO VENTRE MUSCULAR DO SEMIMEMBRANOSO (COMPONENTE DO ISQUIOTIBIAL) JUNTO À SUA JUNÇÃO MIOTENDÍNEA, NOTADAMENTE EM SEU TERÇO PROXIMAL/MÉDIO, ASSOCIADA A LÂMINA LÍQUIDA INTERMUSCULAR ADJACENTE. NOTA-SE AINDA ROTURA DE ESPESSURA TOTAL LONGITUDINAL TIPO "SPLIT" DO TENDÃO DO SEMIMEMBRANOSO EM SEU TERÇO MÉDIO;
2. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.



Dr. José Vaz
CRM 3406

Dr. Wilsonney Leal
CRM 2062

Dr. Leonardo Matos
CRM 3508

Dr. Bruno Cabral
CRM 5491

Dr. Francisco Cardoso
CRM 5062

Dr. Alan Mychel Lima
CRM 3489

Dr. Edward Mont'Alverno
CRM 2738

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RIO CRUZ



Polegar Direito



Maria Solange Guedes Flôr

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

131729

08/04/2015

NOME: MARIA SOLANGE GUEDES FLÔR

FILIAÇÃO: RAIMUNDO MATIAS FLÔR

NATURALIDADE: TERESINHA GUEDES FLÔR

SANTA ISABEL DO PARÁ - PA

DOC. ORIGEM: CERTO MASC 307 FLS 77 LIV 20

SANTA MARIA DO PARÁ - PA

598.690.382-04

2 - 97A

DATA DE NASCIMENTO: 26/10/1970

Hário Stano Lima Andrade

Director do IDOC

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

P.1

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 464 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ 2018

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 80.232

DATA DE EMISSÃO 17/07/2002

NOME LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

FIILIAÇÃO ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA

NATURALIDADE BOA VISTA-RR

DOC ORIGEM CO-3766 F.260 L.B-12 BOA VISTA-RR

CNPJ 294316382 - 15

ASSINATURA DO DETENTOR

DATA DE NASCIMENTO 14/03/1971

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA

POLEGAR: PE. 10

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013161145010
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 00490877397 R.N.T.C. EXERCÍCIO 2018

NOME MARIA SOLANGE GUEDES FLOR

RR

598.690.382-04

PLACA NUL9419

PLACA ANT / UF

CHASSI 9C2KC16B0DR800429

ESP. DE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO AP. IC.

COMBUSTÍVEL ALCU/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESD1

ANO FAR 2012

ANO MOD. 2013

CAP / POT / CIL 2P/0149CC/

CATEGORIA PARTICU

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA *PAGO*

VENC. COTA ÚNICA *PAGO*

VENC. COTAS 1 *****

FAIXA L.P.V.A. ** PAGO COTA ÚNICA **

PARCELAMENTO / COTAS

2 *****

3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IDE (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO 21/09/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR DA A MAZ OCID *

DOCUMENTO DE PONTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

BOA VISTA - RR

Antônio Francisco Beserra Marques

Diretor Presidente

DETRAN-RR

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

RR Nº 013161145010 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXP. CIL 2018 DATA EMISSAO 27/09/2018

VIA 01 598.690.382-04

PLACA NUL9419

RENAVAM 00490877397

HONDA/CG150

MARCA/MODELO

ANO FAR 2012

CAL. TARE

CHASSI 9C2KC16B0DR800429

ANO MOD. 2013

FNS (R\$) R\$81.29

PRÊMIO TARIFÁRIO DENATRAM (R\$) R\$9.03

CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.13

JOF (R\$) R\$0.7

CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$185.93

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE EMISSAO 21/09/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão João Bateria, 484 - Boa Vista - RR

PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE:

Nome: MARIA SOLANGE GUEDES FLOR

Identidade: 131729 SSP/RR **CPF:** 598.690.382-04

Naturalidade: STA.ISABEL DO PARÁ/PA **Nacionalidade:** BRASILEIRA

Estado Civil: SOLTEIRA **Profissão:** FUNCIONÁRIA PÚBLICA

Endereço: RUA ENG.CARLOS GERALDO, 599 – CENTENÁRIO / CEP: 69.312-521

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR **CPF:** 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar enviar e/ou requerer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de requerer a indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT para a vítima: **MARIA SOLANGE GUEDES FLOR.**



Boa Vista-RR, 11 de setembro de 2018.

Maria Solange Guedes Flor

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



Dr. Edil Serrano de Sousa Junior
Tabelão Substituto
Cartório Loureiro

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0459261/18

Vítima: MARIA SOLANGE GUEDES FLOR

CPF: 598.690.382-04

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/08/2018

Titular do CPF: MARIA SOLANGE GUEDES FLOR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

MARIA SOLANGE GUEDES FLOR : 598.690.382-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/12/2018
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2018
Nome: JOSE THOMAZ DO NASCIMENTO JUNIOR
CPF: 383.267.872-72

JOSE THOMAZ DO NASCIMENTO JUNIOR