

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190296029

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: THALINY MATOS DE SOUZA

Data do acidente: 21/11/2018

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: Fratura cominutiva do 1\3 médio distal do úmero esquerdo.

Descrição do exame físico: Deformidade em varo em úmero E encurtamento do MSE limitação do movimento articular total do ombro E discreto flexo do cotovelo esquerdo

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador com tala gessada + veupau em MSE.
Apos consolidação e fisioterapia , teve alta depois de 4 meses do acidente.(SIC)

Sequelas permanentes: Deficit funcional leve (25%) em membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/05/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em membro superior esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190296029

Vítima: THALINY MATOS DE SOUZA

Data do Acidente: 21/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), THALINY MATOS DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **THALINY MATOS DE SOUZA**

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

Banco: **104**

Agência: **000003588**

Conta: **00000008076-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190296029

Nome do(a) Examinado(a): THALINY MATOS DE SOUZA

Endereço do(a) Examinado(a): R PARA, 328 - BOA VISTA/RR - CEP 69305-450

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 398825-2 - BV\RR - 09/11/2015

Data e Local do Acidente : 21/11/2018 - Boa Vista,RR

Data e Local do Exame : 21/05/2019 FISIACLIN - AV GETULIO VARGAS, 5062 - BOA VISTA/RR - CEP 69301-250

Resultado da Avaliação Médica

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

acidente de carro, sendo passageira ao lado do motorista com trauma direto em MSE (membro superior E) com fratura cominutiva do 1\3 medio distal do umero E.

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

feito tratamento conservador com tala gessada + veupau em MSE. Após consolidação e fisioterapia , teve alta depois de 4 meses do acidente.(SIC)

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

deformidade em varo em umero E

encurtamento do MSE

limitação do movimento articular total do ombro E

discreto flexo do cotovelo E

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente 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:

impossibilitada de peso intenso com deficit funcional leve do MSE. (membro superior esquerdo)

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 (*).

Vide motivo do impedimento 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 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.

Região Corporal

Região Corporal

Membro Superior Esquerdo

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

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

Região Corporal

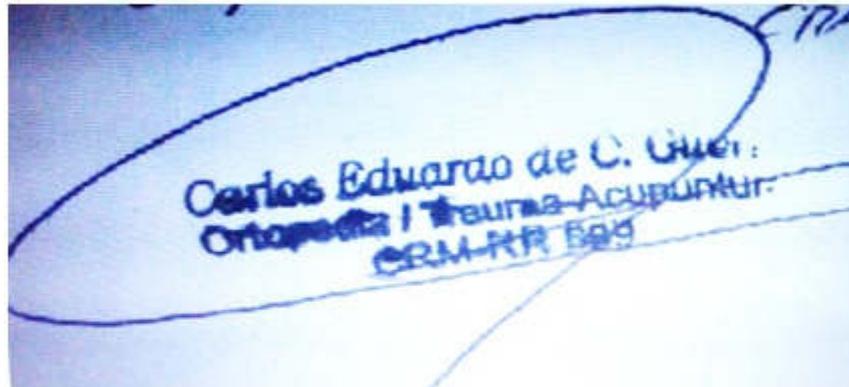
Região Corporal

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

% 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. .



CARLOS EDUARDO DE CAMPOS GUERRA CRM : 589 / UF :RR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190296029

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: THALINY MATOS DE SOUZA

Data do acidente: 21/11/2018

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ PÁG 4 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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 |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190296029

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: THALINY MATOS DE SOUZA

Data do acidente: 21/11/2018

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: Fratura cominutiva do 1\3 médio distal do úmero esquerdo.

Descrição do exame físico: Deformidade em varo em úmero E encurtamento do MSE limitação do movimento articular total do ombro E discreto flexo do cotovelo esquerdo

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador com tala gessada + veupau em MSE.
Apos consolidação e fisioterapia , teve alta depois de 4 meses do acidente.(SIC)

Sequelas permanentes: Deficit funcional leve (25%) em membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/05/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em membro superior esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

DANOS

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

RR Nº 011550170133
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
EXERCÍCIO 2015

FRANCISCA GONCALVES DA COSTA

PLACA ANT./UF 199.938.202-10 PLACA NU13180

ESPECIE TIPO PAS/AUTOMOVEL/MAO APLIC. COMBUSTIVEL ALCU/GASOL

MARCA/MODELO FIAT/PALIO FIRE ECONOMY ANO FAB 2010 ANO INIC 2011

CATEGORIA 5P/075CV/ PARTICU COB PREDOMINANTE AZUL

COTA UNICA *PAGOK* VENC COTA UNICA 1º *****
2º *****
3º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$) DATA DE PAGAMENTO 09/06/2016

SEM RESERVA

BOA VISTA DATA 24/06/2016

Luiz Eduardo Silva de Castro
Diretor Presidente Interno
DETRAN-RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão João Barreira, 444 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
~~26 ABR 2019~~
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão João Barreira, 444 - Boa Vista - RR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES, RELEVAVEL E RES. TRF. 1009/2008, COM PARÇA. APRES. 600
FRANCISCA GONCALVES DA COSTA - SEGURO DPVAT

RR Nº 011550170133 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 24/06/2016

PLACA ANT./UF 199.938.202-10 PLACA NU13180

MARCA / MODELO FIAT/PALIO FIRE ECONOMY

ANOS FAB 2010 COT. TRAF 98D17164LB5693601

PREMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$45.5 R\$5.06 R\$50.55
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$) R\$4.15 R\$0.4 R\$105.65

DATA DE QUITAÇÃO 09/06/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04 011550170133
www.seguradoralider.com.br 4581476222

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisca Gonçalves da Costa, RG nº: 60987, data de expedição 09/11/2015 Orgão ESP/RR, portador do CPF nº: 199.938.202-10, com domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Paris, nº 328, Bairro: Estados, complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Thaliny matos de souza, cujo o condutor era Thaymara matos de souza.

Veículo: Automóvel
Modelo: FIAT / PALIO FIRE ECONOMY
Ano: 2010 / 2011
Placa: NVI 3180
Chassi: 9BD17164LB5693601

Data do Acidente: 21, 11, 2018

Local e Data: Boa Vista, 22 de janeiro de 2019

Francisca Gonçalves da Costa
Assinatura Do Declarante

Thaymara matos de souza
Assinatura Do Condutor (Caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

CARTÓRIO LOUREIRO
CARTÓRIO LOUREIRO

CARTÓRIO LOUREIRO
DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRADOR
AV. VILHA SOL, Nº 566 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL. (68) 3624-6097 - ATENDIMENTO: CANTOR@LOUREIRO.COM.BR

REC VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
[29N31EK2]-THAYMARA MATOS DE SOUZA
VSDS Em testemunho me da verdade Boa Vista, 22/01/2019
Emol: 2,40, FUNDEJURR: 0,24, FISC: 0,12, FECON: 0,12, ISS: 0,02
Selo: REC FIR 158345ROZM62S8B28TFX80
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 03282934273

Thaymara
Escrevente Autorizada
Cartório Loureiro

CARTÓRIO LOUREIRO
DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRADOR
AV. VILHA SOL, Nº 566 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL. (68) 3624-6097 - ATENDIMENTO: CANTOR@LOUREIRO.COM.BR

REC VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
[29N31EK2]-FRANCISCA GONCALVES DA COSTA
VSDS Em testemunho me da verdade Boa Vista, 22/01/2019
Emol: 2,40, FUNDEJURR: 0,24, FISC: 0,12, FECON: 0,12, ISS: 0,02
Selo: REC FIR 158345PZVMAGATVW7VXL94
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 19993820210

Francisca
Escrevente Autorizada
Cartório Loureiro

ESTO É REGISTRO DE BOA VISTA - RR
CARTÓRIO LOUREIRO



VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
 Revisado em 23/11/18
 Por: WA
 Hospital Unimed/BV

Av. Glayson de Paula, 1037
 São Vicente, Boa Vista - RR
 T. (95) 3198-8430



PRONTO SOCORRO

DATA 21/11/2018 HORA 15:18 - Usuario: PATRICIAPSILVA

Registro: 5322080 Prontuário: 000021340

M-01

DADOS DO PACIENTE

Nome.....: THALINY MATOS DE SOUZA
 Sexo.....: Feminino
 Documento...:
 Tel. Pacien.: 95991537524
 Endereco...: RUA PARA
 Profiss....: CORPO CLINICO
 Convenio...: BOVESA/APARTAMENTO
 Guia.....:
 Responsavel: THALINY MATOS DE SOUZA
 Doc. Resp...:

Nascimento.: 19/07/1999 Idade.: 19 anos
 CPF.....:
 Cel. Pac...: 9536236610
 Bairro...: ESTADOS N.: 328
 Especialidade: CLINICA MEDICA - CLINICO
 Matricula: 120000938150000104
 Senha....:
 CPF.....:
 Tel. Resp...: (95)99153-7524

Observação.: PACIENTE NAO APRESENTOU CARTEIRA DE PLANO DE SAUDE NEM DOCUMENTO. ENTRADA DE EMERGENCIA.

Queixa Principal:

Historia Doença Atual:

*Acidente vindo de cima da haste, com
 fratura fechada de ~~unha~~, refer dor intensa no local.*

Exame Físico:

Hipotese/Diagnostico:

*Dr. Rayany Wanderley
 Médica
 CRM-RR-1873*

Pulso: P.A.: F.C.: F.R.: Temp.: Peso:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 26 ABR 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista, RR

*Fratura Unha
 HO Comminada
 Fratura gessada 30cm - 3UN
 " " 15cm - 1UN
 " " 30cm - 7UN
 " " 30cm - 1UN*

Thalynara matos
 Assinatura Paciente/Responsável

Dr. Dalton Feitosa
 Ortopedia/Traumatologia
 CRM-RR 1176

CONFERE COM ORIGINAL

Paciente:

Chalabyr Mattos AZ Sousa

DATA: *21/04/19*

| MATERIAIS | UNIDADE | MEDICAMENTOS | UNIDADE | ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM |
|---------------------------------------|-------------------|--|---------|--|
| Agulha 13x4,5 | | Acetilcisteína 100mg/ml | | <p><i>Ref. médica de 19/04/19</i></p> <p><i>Apresentar em 07 dias</i></p> <p><i>Elieida da Silva Santos</i> Enfermeira Cofre - RR 728131-7E</p> <p><i>Quitação med. cgm e</i> <i>delegar a responsabilidade</i> <i>do. liberado após</i></p> |
| Agulha 25x70 | | Água Destilada 10ml | | |
| Agulha 30x80 | | Atrovent (gts) | | |
| Agulha 40x12 | | Berotec (gts) | | |
| Alcool a 70% (ml) | <i>01</i> | Bromoprida 5mg/ml () 10mg/ml () | | |
| Algodão (bola) | <i>01</i> | Buscopam composto 5ml | | |
| Atadura crepom TAM () | <i>10cm 01</i> | Buscopam simples 20mg/ml | | |
| Atadura ortopédica TAM () | <i>10cm 03 UE</i> | Canva vegetal 250mg/ml | | |
| Bolsa coletora de urina | | Cedilanide 0,2mg/ml | | |
| Cateter nasal tipo óculos | | Cloreto de sódio 0,9% 10ml | | |
| Cloroxidina degemante (ml) | | Cloridrato de lidocaína geleia (ml) | | |
| Compressa cirúrgica | | Cloridrato de lidocaína injetável (ml) | | |
| Eletrodo descartável | | Complexo B 2ml | | |
| Equipo fotossensível | | Diclofenaco de Sódio (voltaren) 25mg | | |
| Equipo Macrogotas c/injetor lateral | <i>01</i> | Dipirona 500mg/ml | | |
| Equipo Macrogotas s/injetor lateral | | Dranin B6 10ml | | |
| Espandrapo (cm) | <i>1cm</i> | Furosemida (lasix) 10mg/ml () 20mg/ml () | | |
| Fio cirúrgico () | | Glicose 25% 10ml | | |
| Fita micropore (cm) TAM () | | Glicose 50% 10ml | | |
| Gaze estéril | | Hidrocortisona 100mg () 500mg () | | |
| Gel para eletrodo (ml) | | Hidróxido de alumínio (ml) | | |
| Jalco Nº () | <i>01</i> | Kcl 10% 10ml | | |
| Par de luvas estéreis TAM () | | Nacl 10% 10ml | | |
| Scalp Nº () | | Nauseadron 2mg/ml | | |
| Seringa 1ml | | Óleo mineral (ml) | | |
| Seringa 3ml | | Omeprazol 40mg/ml | | |
| Seringa 5ml | <i>01</i> | Plasil 10mg/ml | | |

CONFERE COM ORIGINAL

AREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capello Neto Barreto, 141 - Boa Vista - RR

Elieida da Silva Santos
Enfermeira
Cofre - RR 728131-7E

FOLHA DE GASTOS PRONTO ATENDIMENTO

| MATERIAIS | UNIDADE | MEDICAMENTOS | UNIDADE | MEDICAMENTOS | UNIDADE |
|---------------------------------|---------|--------------------------------|---------|------------------------------|---------|
| Lâmina de Bisturi nº () | | Água destilada 500ml | | Captopril 25mg () 50mg () | |
| Lanceta | | Prometazina (fenergan) 25mg/ml | | Dexametasona 2mg () 4mg () | |
| Seringa 10ml | | Ranitidina 25mg/ml | | Diazepam EV 5mg | |
| Seringa 20ml | | Simeticona gotas 75mg/ml | | Diazepam VO 5mg () 10mg () | |
| Seringa 60ml | | Soro Fisiológico a 0,9% 100ml | | Losartana 25mg () 50mg () | |
| Sonda de aspiração nº () | | Soro Fisiológico a 0,9% 250ml | | Morfina 10mg | |
| Sonda de Foley 2 vias nº () | | Soro Fisiológico a 0,9% 500ml | | Tenoxicam 20mg | |
| Sonda Nasogástrica curta nº () | | Soro Fisiológico a 0,9% 1000ml | | Tramal 100mg VO () EV () | |
| Sonda Nasogástrica longa nº () | | Soro Glicosado a 5% 250ml | | Tramal 50mg VO () EV () | |
| Sonda Nasogástrica longa nº () | | Soro Glicosado a 5% 500ml | | Vitamina C amp. 5ml | |
| Sonda uretral nº () | | Soro Ringer lactato a 500ml | | OUTROS: | |
| Tira teste | | OUTROS: | | | |
| Tomeirinha 3 vias | | OUTROS: | | | |

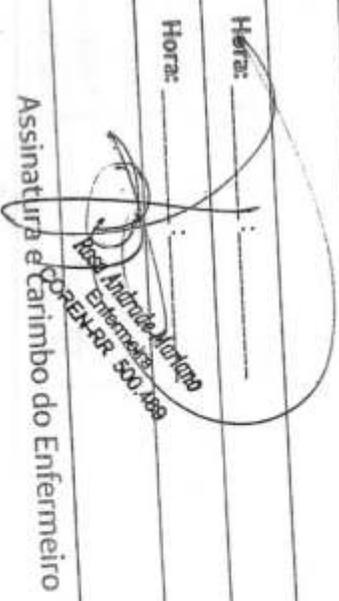
Água destilada 500ml

PROCEDIMENTOS / DIVERSOS

| | | | | |
|---------------------------|---------|---------|-------------|--|
| Oxigenoterapia | Sim () | Não () | | <p>ÁREA DE SIMISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> |
| Oxigenoterapia em remoção | Sim () | Não () | | |
| Nebulização | Sim () | Obs: | | |
| Uso de Sonar | Sim () | Obs: | | |
| Uso de Oxímetro | Sim () | Obs: | 26 ABR 2019 | |
| Uso de Glicosímetro | Sim () | | | |
| Encaminhado para UTI | Sim () | | | |
| Interação para o Bloco: | Sim () | | | |

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão São Bento, 44 - São João - RS

Hora: Início: _____ Fim: _____
 Hora: Início: _____ Fim: _____

Hora: _____
 Hora: _____
 Assinatura e Carimbo do Enfermeiro


Laudos Médicos

Shaliny Nator de Souza, vítima de acidente automobilístico,

em 21/11/2018, deu entrada no PS Boa Vista / RR, conforme

Ficha de atendimento 5322080 UNIMED / BV. Exame Rx constatou

Fratura cominuta de úmero esquerdo, sendo realizado tratamento

com colcha gessada e liberação de perficando. Fratura evoluiu

com deformidade de alinhamento. Atualmente perficando apresenta

encurtamento do membro superior esquerdo em relação ao

membro contralateral, limitação para hiperextensão do membro superior

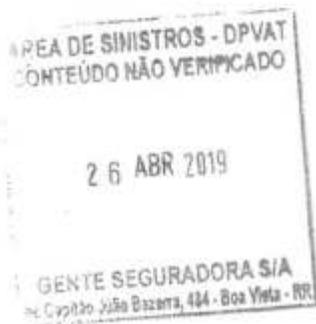
esquerdo, DR a mobilidade ativa e passiva e a palpação em

artroses esquerdas. Apresenta redução de força do membro

superior esquerdo para suas atividades laborativas.

Pericando atualmente apresentando sequelas funcionais permanentes de membro superior esquerdo, pós traumática.

Boa Vista 11/04/2018

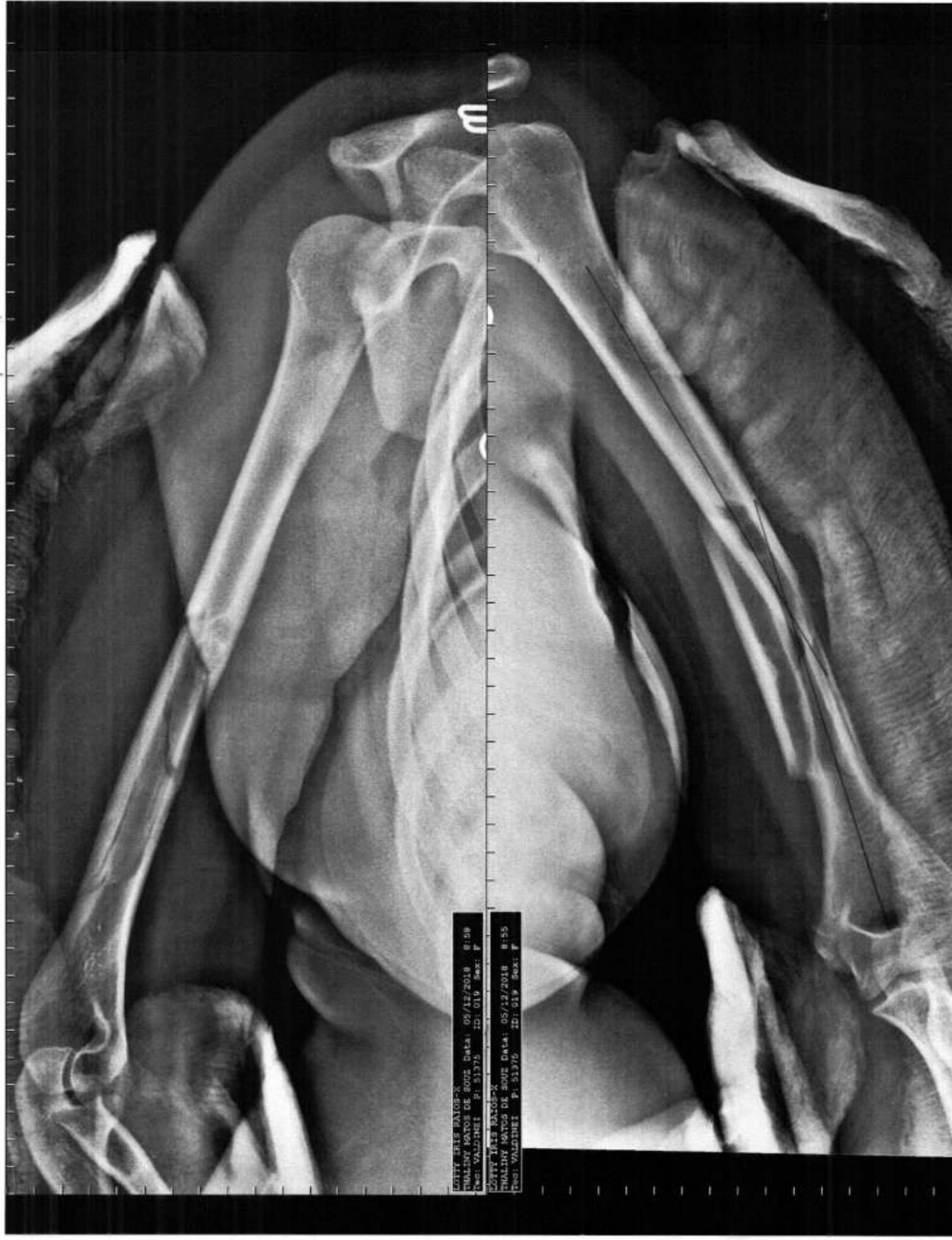


Dr. Francisco F. Farias
Matrícula: 043002887
CRM 365-RR

LOTTY IRIS BALOS-X
THALINX VATOS DE 8002 DATA: 05/12/2018 8:50
Tas: VALDINEI P: 51375 ID: 019 Sex: F

LOTTY IRIS BALOS-X
THALINX VATOS DE 8002 DATA: 05/12/2018 8:55
Tas: VALDINEI P: 51375 ID: 019 Sex: F

m



E



E



THALINY MATOS DE SOUSA

1438

HOSPITAL CORONEL MOTA

12/02/2019

Cloudoaldo

84,0 %

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILSON CRUZ

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 398825-2 DATA DE EMISSÃO 09/11/2015

THALINY MATOS DE SOUZA

FILIAÇÃO
CLAUDIO MAZARENO DE SOUZA
MILENA PEREIRA DE MATOS

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR

DOC. ORIGEM
CERTD MASC 107633 FLS 123 LIV A-194

CNPJ
1 OF BOA VISTA-RR

032.929.572-14 AMADEU ROCHA TRIANI
2 - VIA

DATA DE NASCIMENTO
19/07/1999

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1



Polegar Direito

Thaliny Matos de Souza
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 ABR 2019

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE

DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT

"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº
042900/2018 - PLANTÃO CENTRAL**

A Srª.

NOME: YARA DIVA GUIMARÃES COSTA.

RG: 464571-5 SSP/RR.

SEXO: FEMININO.

DATA DE NASCIMENTO: 10.12.1962.

TELEFONE: 99119-0143.

ENDEREÇO: AV.: RIO GRANDE SUL, Nº 589/7.

BAIRRO: DOS ESTADOS.

CIDADE: BOA VISTA-RR.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 464 - Boa Vista - RR

A comunicante que é procuradora do Senhora THALINY MATOS DE SOUZA (conforme cópia anexa), compareceu nesta especializada, para **aditar/corrigir** no Boletim de Ocorrência supracitado, o seguinte:

- QUE O VEÍCULO QUE A OUTORGANTE TRAFEGAVA COMO PASSAGEIRA NO DIA QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO E SOFREU LESÕES CORPORAIS ERA UM FIAT/PALIO FIRE ECONOMY, PLACA NUI-3180, COR AZUL, RENAVAM 00255700628, CHASSI 9BD17164LB5693601, DE PROPRIEDADE DE FRANCISCA GONÇALVES DA COSTA, CPF 199.938202-10.

É o aditamento/correção.

DAT

Jefferson Inácio Araújo
Agente de Polícia Civil
Mat. 042000908

18 FEV. 2019

Jefferson Inácio Araújo
Mat. 042000908
Agente de Polícia Civil
Responsável pelo Atendimento

**AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR**

Boa Vista - RR, 18 de Fevereiro de 2019.

YARA DIVA GUIMARÃES COSTA
Comunicante/Procurador



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Nº 042900/2018 - Boa Vista - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/11/2018 22:35 Data/Hora Fim: 21/11/2018 22:55
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP/PM 809912-J Data: 21/11/2018
Delegado de Polícia: Marcus Antonio de Paiva Albano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 21/11/2018 18:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Aeroporto

Logradouro: PERIMETRO INTERNO DO PARQUE ANAUA

Tipo do Local: Outro

| Natureza | Meio(s) Empregado(s) |
|-----------------------------|----------------------|
| 1103: Outros fatos atípicos | Não Houve |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: THALINY MATOS DE SOUZA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade 19

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA PARA

Nº: 328

Bairro: BAIRRO DOS ESTADOS

Nome Civil: THAYNARA MATOS DE SOUZA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade 17

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA PARA

Nº: 328

Bairro: BAIRRO DOS ESTADOS

Nome Civil: IVANISE MAIA RIZZATI (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 986.278.489-04

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA JOSE FAUTINO DASILVA

Nº: 176

Bairro: CANARINHO

Razão Social: POLICIA MILITAR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

DAT
Confere com original
Data: 13/02/2019
Assinatura
Givanildo da Silva Vieira
Agente Carcerária de Polícia Civil
Mat. 042000908



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042900/2018

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

SR. DELEGADO,
POR MEIO DO ROP/PM FOI INFORMADO QUE ACIONADOS VIA CIOPS PARA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO ENVOLVENDO DANOS MATERIAIS E LESÃO CORPORAL, NO LOCAL FOI CONSTATADO SINISTRO E SEGUNDO A SRA. THAYNARA A MESMA TRAFEGAVA COM SEU VEÍCULO FIAT PALIO PLACA NUI1380 NA COR AZUL (DANO NA PARTE FRONTO) NO INTERIOR DO PARQUE ANAUÁ SENTIDO HORTO FLORESTAL QUANDO REALIZOU UMA MANOBRA A ESQUERDA PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO DO VEÍCULO VENDO COLIDIR FRONTALMENTE COM O VEÍCULO RENAULT DUSTER BRANCO PLACA QHA3165 QUE ESTAVA PARADO NO REGULAMENTO DO LADO ESQUERDO, QUE A SR. THAYNARA E THALINY FORAM REMOVIDAS PARA O HGR, A PERICIA FOI ACIONADA MAI NÃO FOI, A SRA. THAYNARA FOI AUTUADA POR DIRIGIR SEM CNH E SEU VEÍCULO FICOU AOS CUIDADOS DO SR. CLAUDIO NAZARENO DE SOUZA E O VEICULO DUSTER FICOU AOS CUIDADOS DA PROPRIA DONA, É O RELATO.

ASSINATURAS

Diná Conceição da Costa
Responsável pelo Atendimento

MAT: 42000492

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PMRR-CIPTUR

RELATORIO DE OCORRENCIA POLICIAL

SÉRIE J

Nº

809912

| | | | | | | | |
|------------------------|----------------|---------------------|------------------|-----------------------------|----------------|-----------------|----------------|
| Vtr INTEGRADO 01 | SUCp CIPTUR | Data 21/11/18 | S/Setor LESTE | H/Transm 16:30 | H/Ini 16:30 | CH/H 16:35 | H/Fim 18:30 |
| Cód. Oc. 1001,1003 | | Cód. Prov. 13999 | | Cód. Ser. Prest. XXXXXXX | | Km/Ini. XXXX | Km/Fin XXXX |

LOCAL DE OCORRÊNCIA

LOCAL PERIMETRO INTERNO DO PARQUE ANAUÁ Bairro: AEROPORTO Refe.: PISTA DE SKATE

PESSOAS RELACIONADAS

| | | | |
|--|-------------------------------|------------|--------------------|
| ¹ ENVOLVIDO | Nome: THAYNARA MATOS DE SOUZA | Idade: 17 | E. Civil: SOLTEIRA |
| Endereço: RUA PARÁ Nº 328, BAIRRO DOS ESTADOS. | | | |
| Edt. R.G | NÃO PORTAVA | CNH | NÃO POSSUI |
| CPF | NÃO PORTAVA | Profissão: | ESTUDANTE |
| TEL | | XXXXXXXXXX | |
| ² ENVOLVIDO | Nome: IVANISE MAIA RIZZATI | Idade: 41 | E. Civil: SOLTEIRA |
| Endereço: RUA JOSÉ FAUSTINO DA SILVA Nº 176, BAIRRO CANARINHO. | | | |
| Edt. R.G | 3452195 SSP/SC | CNH | 030.156.837.65 |
| CPF | 986.278.489-04 | Profissão: | ESTUDANTE |
| TEL | | 981224175 | |
| ³ PASSAGEIRA | Nome: THALINY MATOS DE SOUZA | Idade: 19 | E. Civil: SOLTEIRA |
| Endereço: RUA PARÁ Nº 328, BAIRRO DOS ESTADOS. | | | |
| Edt. R.G | 3988252 SSP/RR | CNH | 07016608772 |
| CPF | 03292957214 | Profissão: | ESTUDANTE |
| TEL | | NJ | |

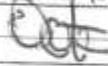
VEICULOS ENVOLVIDOS E DANOS

V-1 FIAT PÁLIO COR AZUL PLACA NUI3180. DANOS: PARTE FRONTAL
 V-2 RENAULT DUSTER COR BRANCA PLACA QHA3165. DANOS PARTE FRONTAL PARTE ANTERIOR DA LATERAL ESQUERDA

MATERIAIS APREENDIDOS

NÃO HOUVE MATERIAL APREENDIDO

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): Não houve conduzidos e/ou apreendidos.

ASSINATURA  CARGO ACDC LOCAL CF

Senhor (a) Delegado (a),

HISTORICO

Durante patrulhamento de rotina fomos acionados via CIOPS para atendimento de uma ocorrência de acidente de trânsito com danos materiais e lesão corporal no endereço supracitado. Ao chegarmos ao local constatamos o sinistro. Segundo constatações e informações dos envolvidos o item 01 trafegava na interior do Parque Anauá sentido Horto Florestal Avenida Brigadeiro Eduardo Gomes, quando ao realizar uma manobra à esquerda perdeu o controle da direção do veículo vindo a colidir frontalmente no veículo do item 02 que estava parado regularmente do lado direito da via em sentido contrario ao item 01. A condutora do veículo relacionada no item 01 e a passageira foram removidas pelo resgate do corpo de bombeiros para o hospital Unimed, (informações repassadas pelo pai da vítima), a perícia foi acionado porem, não compareceu ao local por motivos burocráticos, a condutora do veículo item 01 foi autuada por dirigir veículo sem possuir CNH, ficando o seu veículo aos cuidados do senhor Claudio Nazareno de Souza CNH 03559521194. O veículo do item 02 ficou aos cuidados da própria condutora.

Era o que tinha a informar.

JOSUÉ DA SILVA FIGUEREDO

40.418-7

CADASTRO

SGT QEPM

Posto/Gradação

CIPTUR

SUOp

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 ABR 2019

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

POLÍCIA MILITAR - RR
CPC-P2-P3
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 24/01/19

Comprovação de
Ato declaratório

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Revisado em 23/11/18
Por: MM
Hospital Unimed/BV

Unimed BV em 27
Av. Clayton do Paiva, 1027
09.703-340 São Vicente, São Vicente - RR
T. (96) 3196-8400



PRONTO SOCORRO

DATA 21/11/2018 HORA 15:18 -- Usuario: PATRICIAPSILVA

Registro: 5322080

Prontuário: 000021340

M-01

DADOS DO PACIENTE

Nome.....: THALINY MATOS DE SOUZA
Sexo.....: Feminino
Documento...:
Tel. Pacien.: 95991537524
Endereco...: RUA PARA
Profiss.....: CORPO CLINICO
Convenio...: BOVESA/APARTAMENTO
Guia.....:
Responsavel: THALINY MATOS DE SOUZA
Doc. Resp...:

Nascimento.: 19/07/1999 Idade.: 19 anos
CPF.....:
Cel. Pac...: 9536236610
Bairro...: ESTADOS N.: 328
Matricula: 120000938150000104
Senha.....:
CPF.....: -
Tel. Resp...: (95) 99153-7524

Observação.: PACIENTE NAO APRESENTOU CARTEIRA DE PLANO DE SAUDE NEM DOCUMENTO. ENTRADA DE EMERGENCIA.

Queixa Principal:

Historia Doença Atual: *Paciente vítima de acidente de trânsito, com possível fratura de ~~vertebra~~, repouso do membro no local.*

Exame Físico:

Hipotese/Diagnostico:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

Dr. Rayany Wander
Médica
CRM-RR-1873

Pulso: _____ P.A.: _____ F.C.: _____ T.R.: _____ Temp.: _____ Peso: _____

*Fratura Unimod
no Coracóide*
clavícula esquerda 10cm - 3UN
" " " 15cm - 1UN
clavícula " 10cm - 7UN
escapula " 10cm - 1UN

Thaynara Matos
Assinatura Paciente/Responsável

Dr. Dairson Feitosa
Ortopedia Traumatologia
CRM-RR 1176

CONFERE COM ORIGINAL

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: 032.929.572-14 Nome completo da vítima: Thaliny Matos de Souza

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

Nome completo: Thaliny Matos de Souza CPF: 032.929.572-14

Profissão: estudante Endereço: Rua Pará Número: 328 Complemento: casa

Bairro: Estados Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.305-450

E-mail: _____ Tel. (DDD): (95) 9.9119-0143

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)

AGÊNCIA: 3588 CONTA: 00008076 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e 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.

REGISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 ABR 2019

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

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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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, 25/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)