

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THALINY MATOS DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03588

CONTA: 000000008076-2

Nr. da Autenticação 180E77D92D5DD030

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: 000000008076-2

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 FISIOTCLIN - 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. Apos 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

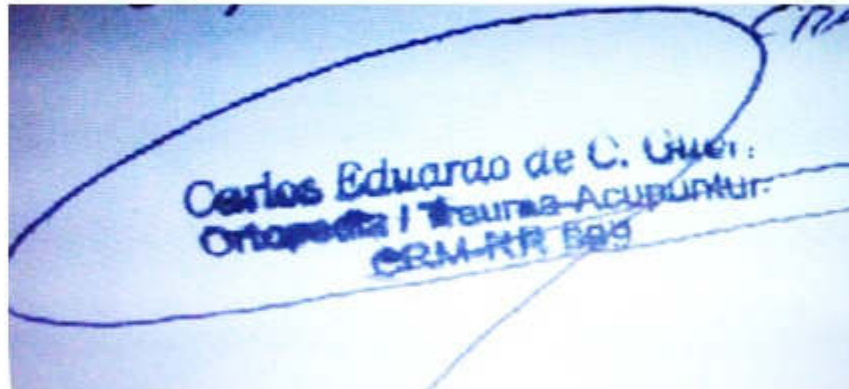
Região Corporal

% 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 C. Guerra
Ortopedista / Trauma-Acupuntura
CRM-RR 589

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

VA 01 00255700628 COO RENAVAM RNTRO 2015 EXERCÍCIO

FRANCISCA GONCALVES DA COSTA

CPF/CNPJ 199.938.202-10 PLACA NU13180

PLACA ANT/VF 98D17164LB5693601 CHASSI

ESPECIE TIPO PAS/AUTOMOVEL/NAO APPLIC. COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

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

CAT/POT/CIL 5P/075CV/ PARTICU AZUL COB PREDOMINANTE

COTA UNICA		VENIC COTA UNICA		VENIC/COTAS	
1	PAQ	PAQ	PAQ	1	PAQ
2	PAQ	PAQ	PAQ	2	PAQ
3	PAQ	PAQ	PAQ	3	PAQ
4	PAQ	PAQ	PAQ	4	PAQ
5	PAQ	PAQ	PAQ	5	PAQ
6	PAQ	PAQ	PAQ	6	PAQ
7	PAQ	PAQ	PAQ	7	PAQ
8	PAQ	PAQ	PAQ	8	PAQ
9	PAQ	PAQ	PAQ	9	PAQ
10	PAQ	PAQ	PAQ	10	PAQ
11	PAQ	PAQ	PAQ	11	PAQ
12	PAQ	PAQ	PAQ	12	PAQ
13	PAQ	PAQ	PAQ	13	PAQ
14	PAQ	PAQ	PAQ	14	PAQ
15	PAQ	PAQ	PAQ	15	PAQ
16	PAQ	PAQ	PAQ	16	PAQ
17	PAQ	PAQ	PAQ	17	PAQ
18	PAQ	PAQ	PAQ	18	PAQ
19	PAQ	PAQ	PAQ	19	PAQ
20	PAQ	PAQ	PAQ	20	PAQ
21	PAQ	PAQ	PAQ	21	PAQ
22	PAQ	PAQ	PAQ	22	PAQ
23	PAQ	PAQ	PAQ	23	PAQ
24	PAQ	PAQ	PAQ	24	PAQ
25	PAQ	PAQ	PAQ	25	PAQ
26	PAQ	PAQ	PAQ	26	PAQ
27	PAQ	PAQ	PAQ	27	PAQ
28	PAQ	PAQ	PAQ	28	PAQ
29	PAQ	PAQ	PAQ	29	PAQ
30	PAQ	PAQ	PAQ	30	PAQ
31	PAQ	PAQ	PAQ	31	PAQ
32	PAQ	PAQ	PAQ	32	PAQ
33	PAQ	PAQ	PAQ	33	PAQ
34	PAQ	PAQ	PAQ	34	PAQ
35	PAQ	PAQ	PAQ	35	PAQ
36	PAQ	PAQ	PAQ	36	PAQ
37	PAQ	PAQ	PAQ	37	PAQ
38	PAQ	PAQ	PAQ	38	PAQ
39	PAQ	PAQ	PAQ	39	PAQ
40	PAQ	PAQ	PAQ	40	PAQ
41	PAQ	PAQ	PAQ	41	PAQ
42	PAQ	PAQ	PAQ	42	PAQ
43	PAQ	PAQ	PAQ	43	PAQ
44	PAQ	PAQ	PAQ	44	PAQ
45	PAQ	PAQ	PAQ	45	PAQ
46	PAQ	PAQ	PAQ	46	PAQ
47	PAQ	PAQ	PAQ	47	PAQ
48	PAQ	PAQ	PAQ	48	PAQ
49	PAQ	PAQ	PAQ	49	PAQ
50	PAQ	PAQ	PAQ	50	PAQ
51	PAQ	PAQ	PAQ	51	PAQ
52	PAQ	PAQ	PAQ	52	PAQ
53	PAQ	PAQ	PAQ	53	PAQ
54	PAQ	PAQ	PAQ	54	PAQ
55	PAQ	PAQ	PAQ	55	PAQ
56	PAQ	PAQ	PAQ	56	PAQ
57	PAQ	PAQ	PAQ	57	PAQ
58	PAQ	PAQ	PAQ	58	PAQ
59	PAQ	PAQ	PAQ	59	PAQ
60	PAQ	PAQ	PAQ	60	PAQ
61	PAQ	PAQ	PAQ	61	PAQ
62	PAQ	PAQ	PAQ	62	PAQ
63	PAQ	PAQ	PAQ	63	PAQ
64	PAQ	PAQ	PAQ	64	PAQ
65	PAQ	PAQ	PAQ	65	PAQ
66	PAQ	PAQ	PAQ	66	PAQ
67	PAQ	PAQ	PAQ	67	PAQ
68	PAQ	PAQ	PAQ	68	PAQ
69	PAQ	PAQ	PAQ	69	PAQ
70	PAQ	PAQ	PAQ	70	PAQ
71	PAQ	PAQ	PAQ	71	PAQ
72	PAQ	PAQ	PAQ	72	PAQ
73	PAQ	PAQ	PAQ	73	PAQ
74	PAQ	PAQ	PAQ	74	PAQ
75	PAQ	PAQ	PAQ	75	PAQ
76	PAQ	PAQ	PAQ	76	PAQ
77	PAQ	PAQ	PAQ	77	PAQ
78	PAQ	PAQ	PAQ	78	PAQ
79	PAQ	PAQ	PAQ	79	PAQ
80	PAQ	PAQ	PAQ	80	PAQ
81	PAQ	PAQ	PAQ	81	PAQ
82	PAQ	PAQ	PAQ	82	PAQ
83	PAQ	PAQ	PAQ	83	PAQ
84	PAQ	PAQ	PAQ	84	PAQ
85	PAQ	PAQ	PAQ	85	PAQ
86	PAQ	PAQ	PAQ	86	PAQ
87	PAQ	PAQ	PAQ	87	PAQ
88	PAQ	PAQ	PAQ	88	PAQ
89	PAQ	PAQ	PAQ	89	PAQ
90	PAQ	PAQ	PAQ	90	PAQ
91	PAQ	PAQ	PAQ	91	PAQ
92	PAQ	PAQ	PAQ	92	PAQ
93	PAQ	PAQ	PAQ	93	PAQ
94	PAQ	PAQ	PAQ	94	PAQ
95	PAQ	PAQ	PAQ	95	PAQ
96	PAQ	PAQ	PAQ	96	PAQ
97	PAQ	PAQ	PAQ	97	PAQ
98	PAQ	PAQ	PAQ	98	PAQ
99	PAQ	PAQ	PAQ	99	PAQ
100	PAQ	PAQ	PAQ	100	PAQ

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisca Gonçalves da Costa, RG nº: 60987, data de expedição 09/11/2015, Órgão ESP/RR, portador do CPF nº: 199.938.202-10, com domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de Roraima, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Paraíso, nº 328, Bairro: Estadão, 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 Thaiana matos de souza.

Veículo: Automóvel

Modelo: FIAT / PALIO FIRE ECONOMY

Ano: 2010/2011

Placa: NVI 3180

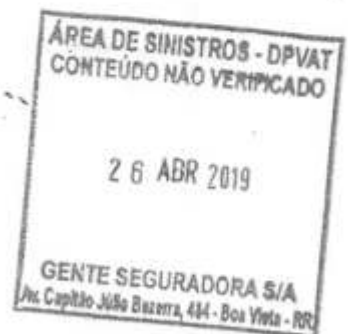
Chassi: 9BD17164LB5693601

Data do Acidente: 21/11/2018

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

Francisca Gonçalves da Costa
Assinatura Do Declarante

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



CARTÓRIO LOUREIRO

CARTÓRIO LOUREIRO

CARTÓRIO LOUREIRO

CARTÓRIO LOUREIRO

ESTO E REGISTRO DE BOA VISTA - RR
RIO LOUREIRO

CARTÓRIO LOUREIRO

CARTÓRIO LOUREIRO
DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRADOR
ATENDIMENTO: CARTÓRIO LOUREIRO.COM.BR
REC VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
[29N31EK2]-THAYANA MATOS DE SOUZA
VSDS Em testemunho MC da verdade Boa Vista, 22/01/2019
Emol: 2,40, FUNDEJURR: 0,24, FISC: 0,12, FECON: 0,12, ISS: 0,12
Selo: REC FIR 158345ROZM62S8B28TFX80
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 03292934273

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

Escritura Autorizada
Cartório Loureiro

Escritura Autorizada
Cartório Loureiro

PRONTO SOCORRO

DATA 21/11/2018 HORA 15:18 - Usuário: PATRICIA PSILVA

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 Especialidade: CLINICA MEDICA - 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:

Doente vem de edema de tornozelo, com
paros fitas de urina, refluxo de urina 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, 404 - Boa Vista, RR

Fratura Unim
HO Comissão

Thaírynaia Matos
Assinatura Paciente/Responsável

Fratura glútea 30cm - 3UN
" 15cm - 1UN
" 10cm - 7UN
" 10cm - 1UN

Dr. Dalton Feitosa
Ortopedia/Traumatologia
CRM-RR 1176

CONFERE COM ORIGINAL

FOLHA DE GASTOS PRONTO ATENDIMENTO

Paciente:

Adelino Nunes de Souza

MATERIAIS

UNIDADE

MEDICAMENTOS

UNIDADE

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA 21/04/19

Aguilha 13x4,5

Aguilha 25x70

Aguilha 30x80

Aguilha 40x12

Alcool a 70% (ml)

Algodão (bola)

Atadura crepom TAM (10cm 01

Atadura ortopédica TAM (10cm 03 UT

Bolsa coletora de urina

Cateter nasal tipo óculos

Clonidina degemante (ml)

Compressa cirúrgica

Eletrodo descartável

Equipo fotossensível

Equipo Macrogotas c/injetor lateral

Equipo Macrogotas s/injetor lateral

Esparadrapo (cm)

Fio cirúrgico ()

Fita micropore (cm) TAM ()

Gaze estéril

Gel para eletrodo (ml)

Jelco Nº (22)

Par de luvas estéreis TAM ()

Scalp Nº ()

Seringa 1ml

Seringa 3ml

Seringa 5ml

Acetilcisteína 100mg/ml

Água Destilada 10ml

Atrovent (gts)

Berotec (gts)

Bromoprida 5mg/ml () 10mg/ml ()

Buscopam composto 5ml

Buscopam simples 20mg/ml

Canção vegetal 250mg/ml

Cedilanide 0,2mg/ml

Cloreto de sódio 0,9% 10ml

Cloridrato de lidocaína geleia (ml)

Cloridrato de lidocaína injetável (ml)

Complexo B 2ml

Diclofenaco de Sódio (voltaren) 25mg

Dipirona 500mg/ml

Dranin B6 10ml

Furosemida (lasix) 10mg/ml () 20mg/ml ()

Glicose 25% 10ml

Glicose 50% 10ml

Hidrocortisona 100mg () 500mg ()

Hidróxido de alumínio (ml)

Kcl 10% 10ml

Nacl 10% 10ml

Nauseadron 2mg/ml

Óleo mineral (ml)

Omeprazol 40mg/ml

Piasil 10mg/ml

Retirada da med e cm +
Aplicação de pomada
na área com lesão

Elieida da Silva Santos
Enfermeira
CREF 728131-TE

Exatidão med e cm +
Aplicação de pomada
na área com lesão

Rosângela Moura
Enfermeira
CREF 60048

CONFERE COM ORIGINAL

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 ABR 2019

GENITE SEGURADORA S/A
Av. Capão Verde, 144 - Boa Vista - RJ

FOLHA DE GASTOS PRONTO ATENDIMENTO

MATERIAIS	UNIDADE	MEDICAMENTOS	UNIDADE	MEDICAMENTOS	UNIDADE
Lâmina de Bisturi nº ()		Água destilada 500ml		Captopril 25mg () 50mg ()	
Lanceta		Prometazina (fenegan) 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% 1000ml		Tenoxicam 20mg	
Sonda Nasogástrica curta nº ()		Soro Glicosado a 5% 250ml		Tramal 100mg VO () EV ()	
Sonda Nasogástrica longa nº ()		Soro Glicosado a 5% 500ml		Tramal 50mg VO () EV ()	
Sonda uretral nº ()		Soro Ringer lactato a 500ml		Vitamina C amp. 5ml	
Tira teste		OUTROS:		OUTROS:	
Tomeirinha 3 vias		OUTROS:			
OUTROS:		PROCEDIMENTOS / DIVERSOS			
Oxigenoterapia	Sim ()	Não ()		Hora: Início: _____ Fim: _____	
Oxigenoterapia em remoção	Sim ()	Não ()		Hora: Início: _____ Fim: _____	
Nebulização	Sim ()	Obs:			
Uso de Sonar	Sim ()	Obs:			
Uso de Oxímetro	Sim ()	Obs:			
Uso de Glicosímetro	Sim ()	Obs:			
Encaminhado para UTI	Sim ()				
Internação para o Bloco: _____	Sim ()				

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro

Hora: _____
 Hora: _____
 Assinatura e Carimbo do Enfermeiro
 COREN-PR 500.168

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Batista, 444 - Boa Vista - RS

ÁREA DE SIMIESTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

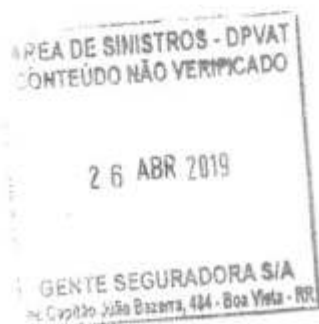
26 ABR 2019

Laudo Médico

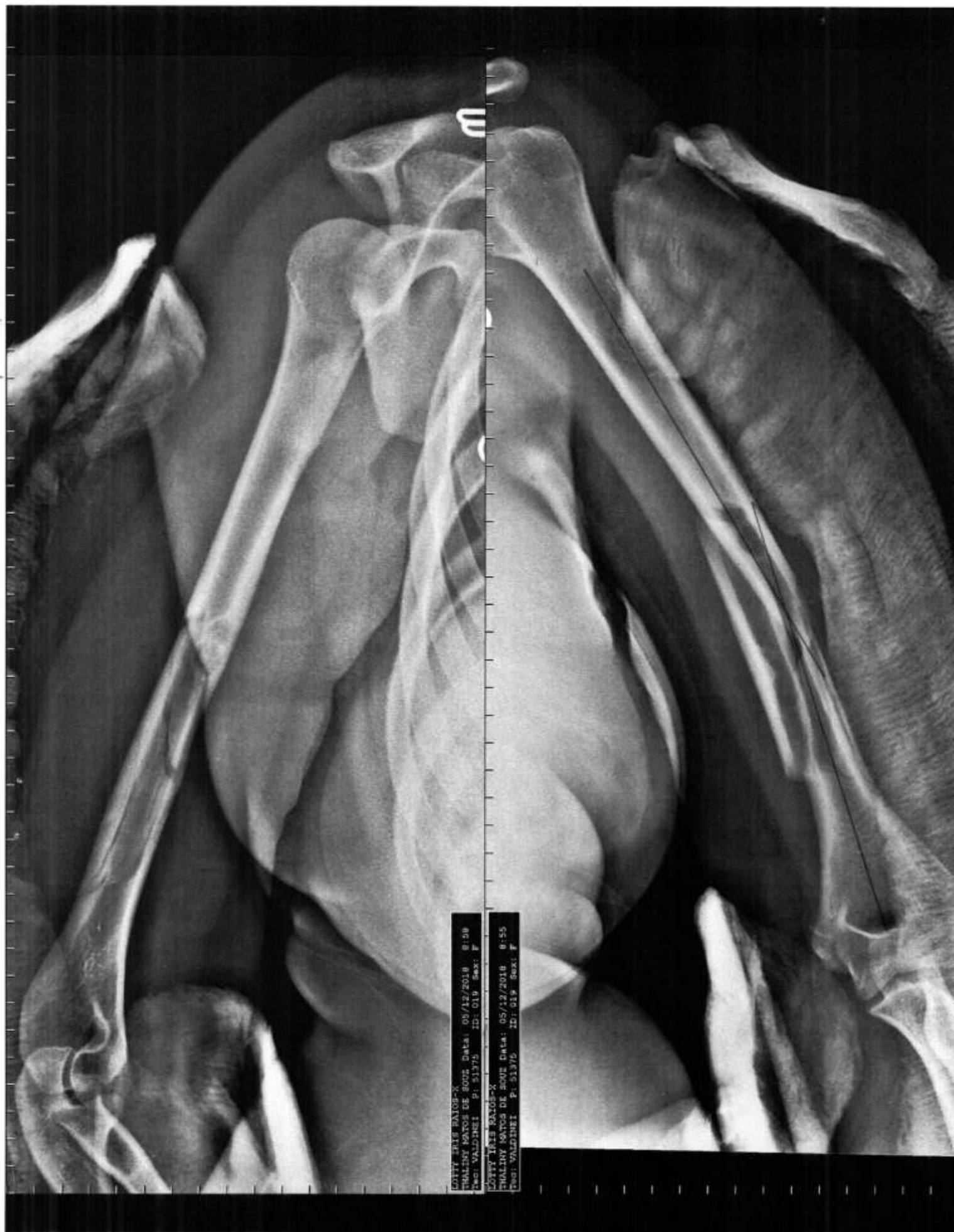
Shaliny natos de Souza, vítima de acidente automobilístico, em 21/11/2018, deu entrada no PS Boc Vista / RR, conforme Ficha de atendimento 5322080 UNIMED / BV. Exame Rx constatou Fratura cominuta de úmero esquerdo, sendo realizado tratamento com colar gessado e liberação de perficando. Fratura evoluiu com deformidade de alinhamento. Atualmente perficando apresenta encurtamento do membro superior esquerdo em relação ao membro contralateral, limitação para hiperextensão do membro superior esquerdo, dor a mobilidade ativa e passiva e a palpação em cotovelo esquerdo. Apresenta redução de força do membro superior esquerdo para suas atividades laborativas.

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

Boc Vista 11/04/2018



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



LOTTE IRIS BALOS-X
THALINX MOTES DE SOUZ DATA: 05/12/2018 8:50
Tas: VALDINEI P: 51375 ID: 019 Sex: F

LOTTE IRIS BALOS-X
THALINX MOTES DE SOUZ DATA: 05/12/2018 8:55
Tas: VALDINEI P: 51375 ID: 019 Sex: F

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 ODILIO CRUZ

THALINY MATOS DE SOUZA

398825-2

09/11/2015

DATA DE NASCIMENTO

19/07/1999

BOA VISTA - RR

CERTID MASC 107633 FLS 123 LIV A-194

1 - OF BOA VISTA-RR

032.929.572-14

2 - VIA

AMADEU ROCHA TRIANI

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, 444 - 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
AGENTE DE POLÍCIA
Mat. 042000908

Agente de Polícia Civil
Responsável pelo Atendimento

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: POLÍCIA 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



Delegado de Polícia Civil: Marcus Antonio de Paiva Albano Junior
Impresso por: Givanildo da Silva Vieira
Data de Impressão: 13/02/2019 10:31
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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



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/Fim 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	TEL	XXXXXXXXXX
Profissão: ESTUDANTE				
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	TEL	981224175
Profissão: ESTUDANTE				
3	PASSEIRA	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	TEL	NJ
Profissão: ESTUDANTE				

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

LOCAL

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 FIGUEIREDO

40.418-7

CADASTRO

SGT QEPM

Posto/Graduação

CIPTUR

SUOp

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazerra, 434 - Boa Vista - RRPOLÍCIA MILITAR - RR
CPC-P2-P3
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 24/01/19

Comprovação de
Ato declaratório

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
Revisado em 23/11/18
Por: *[assinatura]*

para análise em 27
Av. Cláudio do Póvoa, 1037
65.103-340 São Vicente, RJ
T. (95) 3198-8400

Unimed RJ
Hos. Viciosa

Hospital Unimed BV

PRONTO SOCORRO

DATA 21/11/2018 HORA 15:18 -- Usuário: 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 Especialidade: CLINICA MEDICA - 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:

*Acidente vindo de acidente de trânsito, com
problemas físicos de membros, após dar entrada 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 - RJ

[assinatura]
Dra. Raiany Wander
Médica
CRM-RJ-1873

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

*Fratura Unim
HO Corvado*

*placote gessada 10cm - 3UN
" " 15cm - 1UN
" " 10cm - 7UN
" " 10cm - 1UN*

Thalynara Matos
Assinatura Paciente/Responsável

Dr. Dáson Feitosa
Ortopedia/Traumatologia
CRM-RJ 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 Mates de Souza

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

Nome completo: Thaliny Mates 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3588 CONTA: 00008076 2

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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.

DEPARTAMENTO DE REGISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 434 - 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

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.

Assinatura
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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)

(*) 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.