



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 037265/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/10/2019 10:49 Data/Hora Fim: 25/10/2019 11:04
Origem: Polícia Judiciária Data: 25/10/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 26/06/2019 19:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Cassiopéia

Bairro: Cidade Satélite

Ponto de Referência: Colégio Milita Irmã Maria Tereza Paródia
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ELAINE DE SOUZA VIEIRA (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Normandia Sexo: Feminino Nasc: 24/03/1975
Profissão: Do Lar Escolaridade: Ensino Fundamental Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Leonete de Souza Nome do Pai: Zenobio Vieira da Rocha

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 660.739.102-82
RG - Carteira de Identidade: 211895

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua 04 Nº: 61
Complemento: Casa
Bairro: Cidade Satélite
Telefone: (95) 99141-8890 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Proprietário, Possuidor





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037265/2019

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava de a pé, veio a colidir por um veículo. Que sofreu lesões corporais e foi socorrida para o HGR. Que o veículo ocasionador evadiu-se do local e não informar nenhuma característica identificadora do mesmo, apenas que era de cor cinza. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat 042000908

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matricula 42000908
Responsável pelo Atendimento

25 OUT. 2019

Elaine de Souza Vieira

Elaine de Souza Vieira
(Comunicante / Envolvido / Vítima)

"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-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

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

2 - Nº da inscrição do AS: _____ 3 - CPF do titular: 660.739.102-82 4 - Nome completo do titular: ELAINE DE SOUZA VITORA

REQUISITO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VIT/TA/SEMINTICÁRIU/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR RUSEF Nº 445/2012

5 - Nome completo: ELAINE DE SOUZA VITORA 6 - CPF: 660.739.102-82

7 - Profissão: RECUSOU 8 - Endereço: RUA 04 9 - Número: 61 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: Cidade Satélite 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-473

15 - E-mail: marcelo.silva638@gmail.com 16 - Tel./DDD: (95) 91144021

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VIT/TA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____

19 - Profissão do Representante Legal: _____

DADOS CADASTRAIS

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.500,00 ☐ R\$2.500,00 A R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.500,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - TIPO DE CONTA: ☒ CONTA POUANÇA (Reserva para futura utilização) ☐ CONTA CORRENTE (para saques)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (101)

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00048621 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Informe o código de acesso: _____

Autentico a Seguradora Líder e reconheço a conta bancária informada, de minha inteira e exclusiva responsabilidade, sob pena de nulidade de qualquer ato de indenização ou reembolso no Seguro DPVAT.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o Laudo Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 2.591/74), uma vez que:

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

Sob pena de anulação do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidéz permanente, com base na documentação médica apresentada, a Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 2.591/74.

Declaro que esta autorização não significa mérito ou preferência com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a decisão técnica, caso discorda da sua conclusão.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Grau de parentesco com o titular: _____ 24 - Vírgula delimita o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

25 - Vírgula delimita o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

26 - Vírgula delimita o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou algum herdeiro, informar o nome completo: _____

28 - Vírgula delimita o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vírgula delimita o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

31 - Vírgula delimita o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vírgula delimita o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando de acordo, ainda, de que qualquer alteração ou exclusão não poderá gozar a obrigação de ressarcimento decorrente da Lei nº 2.591/74.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a petição (a ror): _____

35 - CPF legível de quem assina a petição (a ror): _____

36 - CPF legível de quem assina a petição (a ror): _____

37 - Assinatura de quem assina a petição (a ror): _____

38 - 1º Nome: _____

39 - 2º Nome: _____

39 - 3º Nome: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Boa Vista 20/10/19

41 - Assinatura do representante legal (se houver): Elaine de Souza Vitor

42 - Assinatura do beneficiário (se for o caso): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): Marcelo Roberto Silva

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

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: 20/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELAINE DE SOUZA VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000048621-6

Nr. da Autenticação CA2BF92B5B092391



Para contato
consulte o número



Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal

0010.78/13

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	122	154,35

ELAINE DE SOUZA VIEIRA

R. 04 01 Q 06 LT 1/0 E 13 CIDADÃO SATELITE

CPF: 00066073010232

CEP: 69.317-473 - BOA VISTA

RG: 2.451.74.15 038.000

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA
Atual:	12312		11/09/2019
Anterior:	12190		13/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:
Consumo Medido:	122		11/10/2019
Consumo Faturado:	122		Emissão:
			10/09/2019
			Apresentação:
			11/09/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO	E2733222	H 1404489	1.4.1.1	95

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
AGO/19 110	CONSUMO 10 A R\$ 0,76,664 - 7,87
JUL/19 100	70 A R\$ 0,4,0769 - 31,51
JUN/19 80	20 A R\$ 0,075410 - 14,85
MAI/19 105	SUBVENÇÃO BASTA RENDA 30,23
ABR/19 100	CORR MONETÁRIA 100 CIG 1/10 0,29
MAR/19 92	PARCELAMENTO DO DÉBITO 1/10 74,33
FEV/19 96	ILUMINAÇÃO PÚBLICA 25,50
JAN/19 102	
DEZ/18 84	
NOV/18 99	
TARIFA SOCIAL	
0 A R\$ 0,000000	
1 A R\$ 0,000000	
2 A R\$ 0,000000	
3 A R\$ 0,000000	
4 A R\$ 0,000000	
5 A R\$ 0,000000	
6 A R\$ 0,000000	
7 A R\$ 0,000000	
8 A R\$ 0,000000	
9 A R\$ 0,000000	
10 A R\$ 0,000000	
11 A R\$ 0,000000	
12 A R\$ 0,000000	
13 A R\$ 0,000000	
14 A R\$ 0,000000	
15 A R\$ 0,000000	
16 A R\$ 0,000000	
17 A R\$ 0,000000	
18 A R\$ 0,000000	
19 A R\$ 0,000000	
20 A R\$ 0,000000	
21 A R\$ 0,000000	
22 A R\$ 0,000000	
23 A R\$ 0,000000	
24 A R\$ 0,000000	
25 A R\$ 0,000000	
26 A R\$ 0,000000	
27 A R\$ 0,000000	
28 A R\$ 0,000000	
29 A R\$ 0,000000	
30 A R\$ 0,000000	
31 A R\$ 0,000000	
32 A R\$ 0,000000	
33 A R\$ 0,000000	
34 A R\$ 0,000000	
35 A R\$ 0,000000	
36 A R\$ 0,000000	
37 A R\$ 0,000000	
38 A R\$ 0,000000	
39 A R\$ 0,000000	
40 A R\$ 0,000000	
41 A R\$ 0,000000	
42 A R\$ 0,000000	
43 A R\$ 0,000000	
44 A R\$ 0,000000	
45 A R\$ 0,000000	
46 A R\$ 0,000000	
47 A R\$ 0,000000	
48 A R\$ 0,000000	
49 A R\$ 0,000000	
50 A R\$ 0,000000	
51 A R\$ 0,000000	
52 A R\$ 0,000000	
53 A R\$ 0,000000	
54 A R\$ 0,000000	
55 A R\$ 0,000000	
56 A R\$ 0,000000	
57 A R\$ 0,000000	
58 A R\$ 0,000000	
59 A R\$ 0,000000	
60 A R\$ 0,000000	
61 A R\$ 0,000000	
62 A R\$ 0,000000	
63 A R\$ 0,000000	
64 A R\$ 0,000000	
65 A R\$ 0,000000	
66 A R\$ 0,000000	
67 A R\$ 0,000000	
68 A R\$ 0,000000	
69 A R\$ 0,000000	
70 A R\$ 0,000000	
71 A R\$ 0,000000	
72 A R\$ 0,000000	
73 A R\$ 0,000000	
74 A R\$ 0,000000	
75 A R\$ 0,000000	
76 A R\$ 0,000000	
77 A R\$ 0,000000	
78 A R\$ 0,000000	
79 A R\$ 0,000000	
80 A R\$ 0,000000	
81 A R\$ 0,000000	
82 A R\$ 0,000000	
83 A R\$ 0,000000	
84 A R\$ 0,000000	
85 A R\$ 0,000000	
86 A R\$ 0,000000	
87 A R\$ 0,000000	
88 A R\$ 0,000000	
89 A R\$ 0,000000	
90 A R\$ 0,000000	
91 A R\$ 0,000000	
92 A R\$ 0,000000	
93 A R\$ 0,000000	
94 A R\$ 0,000000	
95 A R\$ 0,000000	
96 A R\$ 0,000000	
97 A R\$ 0,000000	
98 A R\$ 0,000000	
99 A R\$ 0,000000	
100 A R\$ 0,000000	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 08/2019 74,77

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 0 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

D70E 81EE 3FF6 385B 6AF4 0FEF F40C 47B8

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 13,92	Base de Cálculo: 54,23
Energia: 29,49	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 9,21
Encargos: 1,53	Valor do PIS: 0,01
Tributos: 0,00	Valor do COFINS: 0,07

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,35	17,00	25,40	8,46	16,90	22,34	4,82
0,00			0,00		0,00	

DISTRITO

07/2019

16,53

ROT: 32.001.24.15.038.000



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0102487-6

MÊS FATURADO

09/2019

TOTAL A PAGAR - R\$

154,35

VENCIMENTO

01/10/2019

Nº da Nota Fiscal

0010.78/13 - ECAN

83630000001 2 54350075000 4 00000000102 4 48760919008 6



MÊS/ANO: 07/2019	VENCIMENTO: 15/08/2019	MATRÍCULA: 00099358.1
------------------	------------------------	-----------------------

RAIMUNDO NONATO SILVA
RUA 05, NUM, 00121
CIDADE SATELITE
BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	15437802
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
06/06/2019	04/07/2019	28	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
06/2019	0	05/2019	0	04/2019	0

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
AGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA AGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019		0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.	TOTAL A PAGAR
	43,74

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	07/2019	17	43,74	05.1970

82600000000-8 43740004001-4 00099358101-6 07201930003-6



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 2212 (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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9,613/98.

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ELAINE de SOUSA VIEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 660.739.102 / 82 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vitim ELAINE de SOUSA VIEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 660.739.102 / 82 conform determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Polígrafo Renda: Recusou 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		Número		Complemento	
Rua: 05		121			
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Cidade Satélite	Boa Vista	RR	69.317-471		
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
nonatosilva638@gmail.com				(95) 99114-4021	

BOA VISTA, RR de outubro de 2019
Local e Data

RAIMUNDO NONATO SILVA
Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação/Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1901128202

26/06/2019 20:28:22

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19-

Paciente

ELAINE DE SOUZA VIEIRA

Tipo Doc

Documento

IDENTIDADE 211895

Mãe

LEONETE DE SOUZA

Endereço

RUA - RUA 4 61 Q 06 LT 170 C18 - 61 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR

Data Nascimento

24/03/1975

Idade

44 A 3 M 2 D

CNS

700701908520378

CPF

66073910282

Órgão Emissor

Data Emissão

27/06/2007

Sexo

F

Estado Civil

UNIAO

Raça/Cor

PARDA

Naturalidade

NORMANDIA - RR

Nacionalidade

BRASILEIRA

Contato

(95) 99140-6464

Ocupação

NÃO INFORMADA

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ATROPELAMENTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Situação

CIRURGIA DE TRAUMA

Tipo de Chegada

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Registrado por:

RICARDO PEREIRA

Queixa Principal

Do tornozelo e envergadura

☐ Síndrome Febril☐ Sintomático Respiratório☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

Exame Físico

Paciente agitada, eupneica, Glasgow 15, A.A.A., sinais de trauma por acidente automobilístico, em decúbito dorsal, posteira em perna direita, edema na coxa esquerda, envergadura e efêmera acetabular, pupila esquerda dilatada.

Hipótese Diagnóstica

S.T. - Exames Complementares

☐ RAIO-X☐ ULTRA-SON☐ TC☐ SANGUE☐ URINA☐ ECG☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

- ① Dexametazona 4mg EV q8h
② Fentanyl 100mcg EV q8h

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Lucas Duarte
Médico
CRM-RR 1787

Conduta

☒ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Roteiro☒ Transferência para: Ortopedia☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

Data

Data do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308
Novo Planalto - Tel: (95) 2121-0620

Carimbo e Assinatura do Médico

AUTENTICAÇÃO

Q 10 JUL 2019
Carimbo

Certificado de Autenticidade
cópia e original
6-A6AE1300596A.html



1901128202

Ortopedia

Dr. Patrick

Paciente V. Lima de subpelo. Com. not.
refere dor no braço
e/ou dor no fêmur (1) e no
hombro. Fratura com 2 linhas (1)
H. 17 fratura 1 linha (1)

Dr. Odinachi Kexini
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 17.744

Com analgesia + imobilização + fixação
H. x ortopedia. Tratamento conservador.
Reparo para G. 1 para controle pl. trauma.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brip. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - 69.195-21-21-0620
AUTENTICAÇÃO
02/08/2019
Andreia
Certifico que a cópia presente
é fiel reprodução Original
que foi apreendida neste Hospital

D

ELAINE DE SOUSA VIEIRA

8139

HOSPITAL CORONEL MOTA

24/07/2019

Vilson

76.4%





GOVERNO DO PARANÁ
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Elaine dos V. B.

RECIBIMOS

Seu Med.

Paciente com diagnóstico de
Fratura do pé direito.
A mãe, atualmente encontra-se
gravemente doente, necessitando
de melhorias de saúde para
atender.

024 5528

DATA 28/11/87

Assinatura do Médico

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Mota, 836 - Centro - 191
CEP: 69.201-150 - CNPJ 04.013.402/0001-00

207.11962.52-0

4810998

0040

RR

Elaine de Souza Vieira



ELAINE DE SOUZA VIEIRA

FILIAÇÃO: ZENOBIO VIEIRA DA ROCHA

LEONETTE DE SOUZA

NASCIMENTO: 24/03/1975 SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO: R.G. 211896 SESP RR 13092011

LEI Nº 9.048, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 660.739.102-82 CNH:

TT. ELEITOR: 00251062531 SEÇÃO: 3368

ZONA: 005

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTERR - 09/05/2014

Elaine de Souza Vieira

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Posição Direita

Raimundo Nonato Silva

ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 357035-5

DATA DE EXPEDIÇÃO 28/01/2016

NOME
RAIMUNDO NONATO SILVA

FILIAÇÃO
VANGELINA PEREIRA SILVA

NATURALIDADE
VARGEM GRANDE - MA

DATA DE NASCIMENTO
15/09/1968

CPF
475.628.463-91

CERTIDÃO MASC 2560 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE-MA

3 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Secretaria de Segurança Pública do Estado de Roraima

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 7

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190611909
Nome do(a) Examinado(a):	ELAINE DE SOUZA VIEIRA
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA 04 61 CASA CIDADE SATÉLITE
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	660.739.102-82
Data e local do acidente:	26/06/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 16/12/2019

Resultado da Avaliação Médica

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

VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO OM CONSEQUENTE FRATURA DO ÍSQUIO/PÚBIS D

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

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR, FEZ FISIOTERAPIA, ALTA DE NOVEMBRO DE 2019

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

QUADRIL/PÚBIS: LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO/ABDUÇÃO - TESTE DE PATRICK POSITIVO LADO D

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

(X) SIM () NÃO

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

(X) SIM () NÃO

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

QUADRIL D: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO-FUNCIONAL EM GRAU ACENTUADO

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em_dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de 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 (Sequela): QUADRIL D

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

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

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE SERVIÇO PÚBLICO

EU: ELAINE DE SOUZA VIEIRA,
portador da carteira de identidade de nº 211895-5CSP/RR, e
CPF nº 660.739.102-82, residente e domiciliado à
RUA 04 BAIRRO CIDADÃO SATELITE Nº 61,
na Cidade de BON VISTAS - Roraima.

DECLARO para os devidos fins de direito e em especial à Seguradora
Lider dos Consórcios que, fui socorrido por terceiros e levado ao
pronto socorro, mesmo existindo serviço de atendimento de
emergência na cidade. Tal feito se deve a insuficiência técnica e
operacional do serviço, onde a demanda não é suprida por falta de
investimento do poder público.

Declaro sobre as penas da Lei nº 7.115/83 e do art. 299 do Código
Penal Brasileiro, que as declarações acima são verdadeiras.

Ao dispor para eventuais esclarecimentos.

Bon Vists, RA de outubro de 2019

Elaine de Souza Vieira

ASSINATURA DO DECLARANTE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

556912

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0379318/19

Vítima: ELAINE DE SOUZA VIEIRA

CPF: 660.739.102-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/06/2019

Titular do CPF: ELAINE DE SOUZA VIEIRA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

ELAINE DE SOUZA VIEIRA : 660.739.102-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/10/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190611909

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELAINE DE SOUZA VIEIRA

Data do acidente: 26/06/2019

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS
ALIANÇA DA BAHIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ÍSQUIO/PÚBIS D

Descrição do exame físico: APRESENTA TESTE DE PATRICK POSITIVO A DIREITA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO QUADRIL DIREITO

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO ÍSQUIO/PÚBIS D, FOI SUBMETIDA A CLÍNICO. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/12/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO QUADRIL DIREITO EM GRAU INTENSO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190611909 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELAINE DE SOUZA VIEIRA **Data do acidente:** 26/06/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ÍSQUIO/PÚBIS D

Descrição do exame físico: APRESENTA TESTE DE PATRICK POSITIVO A DIREITA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO QUADRIL DIREITO

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO ÍSQUIO/PÚBIS D, FOI SUBMETIDA A CLÍNICO. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/12/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO QUADRIL DIREITO EM GRAU INTENSO.

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190611909 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELAINE DE SOUZA VIEIRA **Data do acidente:** 26/06/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE RAMO ISQUIOPÚBICO À DIREITA. PR1, 2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190611909 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELAINE DE SOUZA VIEIRA **Data do acidente:** 26/06/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE RAMO ISQUIOPÚBICO À DIREITA. PR1, 2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: ELAINE DE SOUZA VIEIRA
NACIONALIDADE: BRAZILEIRA ESTADO CIVIL: _____
RG: 211895 CPF: 660.739.102-82 PROFISSÃO: _____
RUA 04 ENDEREÇO: RUA/AV, _____
BAIRRO: Cidade Satélite Nº 61
CEP 69.317.473 CIDADE: BOA VISTA /RR

VÍTIMA: ELAINE de Souza Almeida DATA DO ACIDENTE: 26/02/19
CPF: 660.739.102-82
NATUREZA: () DAMS (b) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: Recusado
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
Nº CPF: 475.628.463-91
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalidade, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Bon vista, 25 de octubre de 2019

Chime de Souza Vieira
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.



CARTÓRIO LOUREIRO **DR. JOZIEL LOUREIRO**
TABELAJO E REGISTRADOR
AL: VILLE BOCA Nº 50/4 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3634-6997 - ATENDIMENTO: CARTÓRIO LOUREIRO - 2004 RR

REC VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
(132XK60) ELAINE DE SOUZA VIEIRA

LG Em testemunho da verdade Boa Vista, 26/10/2018

Eml: 2,45 FUNDEJURR 0,25 FISC 0,10 FECON 0,10 ISS 0,10 IVF 0,10

Selo: REC FIR 158343 VCHBUQ2BEX1ZVG10 Nº Ticket: 00218

Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>

CPF Solicitante: 66073910282

25/10/2019
ISS 0 10VIR 3º ANO
Ret: 00218
br

Andre Sabino
Escritor Autorizado
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0379318/19

Vítima: ELAINE DE SOUZA VIEIRA

Data do acidente: 26/06/2019

CPF: 660.739.102-82

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELAINE DE SOUZA VIEIRA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

ELAINE DE SOUZA VIEIRA : 660.739.102-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/10/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0379318/19

Número do Sinistro: 3190611909

Vítima: ELAINE DE SOUZA VIEIRA

Data do acidente: 26/06/2019

CPF: 660.739.102-82

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELAINE DE SOUZA VIEIRA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/12/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190611909

Vítima: ELAINE DE SOUZA VIEIRA

Data do Acidente: 26/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELAINE DE SOUZA VIEIRA

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

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190611909 Vítima: ELAINE DE SOUZA VIEIRA

Data do Acidente: 26/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ELAINE DE SOUZA VIEIRA

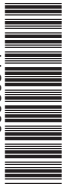
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
--------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190611909

Vítima: ELAINE DE SOUZA VIEIRA

Data do Acidente: 26/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ELAINE DE SOUZA VIEIRA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190611909

Vítima: ELAINE DE SOUZA VIEIRA

Data do Acidente: 26/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELAINE DE SOUZA VIEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **ELAINE DE SOUZA VIEIRA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000000653**

Conta: **000000048621-6**

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



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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

660-739-102-82

ELAINE DE SOUZA VIEIRA

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

5 - Nome completo:

ELAINE DE SOUZA VIEIRA

6 - CPF:

660.739-102-82

7 - Profissão:

Recusou

8 - Endereço:

RUA 04

9 - Número:

61

10 - Complemento:

CASS

11 - Bairro:

Cidade Satélite

12 - Cidade:

Bon Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.817-473

15 - E-mail:

monato.silva.638@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(95) 91144021

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR☐ R\$1.00 A R\$1.000,00☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0653

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 00048621

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (ou Civil)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do

óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima
teve filhos?☐ Sim☐ Não29 - Se tinha filhos, informar
Vivos: Falecidos:30 - Vítima deixou
nascituro (vai nascer)?☐ Sim☐ Não31 - Vítima
teve irmãos?☐ Sim☐ Não32 - Se tinha irmãos, informar
Vivos: Falecidos:33 - Vítima deixou
pais/avós vivos?☐ Sim☐ Não

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

34

Assinatura do
segurado ou
beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Bon Vista 29/10/19

Elaine de Souza Vieira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Raimundo Renato Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)