
Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190614455

Vítima: DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

Data do Acidente: 09/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190614455

Vítima: DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

Data do Acidente: 09/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

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, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190614455

Vítima: DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

Data do Acidente: 09/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190614455

Vítima: DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

Data do Acidente: 09/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

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\$ 3.375,00 |

| | |
|--|--------------|
| Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25% | |
| Graduação: Em grau médio 50% | |
| % Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50% | |
| Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = | R\$ 1.687,50 |

| | |
|---|--------------|
| Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25% | |
| Graduação: Em grau médio 50% | |
| % Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50% | |
| Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = | R\$ 1.687,50 |

Recebedor: **DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000000653**

Conta: **0000038161-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190614455 3 - CPF da vítima: 849.653.122-87 4 - Nome completo da vítima: Debora Thiatomne Barbosa de Lima

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

5 - Nome completo: Debora Thiatomne Barbosa de Lima 6 - CPF: 849.653.122-87
7 - Profissão: Aux. de Secretária Rua: Paraíba 9 - Número: 1353 10 - Complemento:
11 - Bairro: Santa Tereza 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-092
15 - E-mail: debora-thiatomne@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (95)99143-3845

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)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal

AGÊNCIA: 0653 001 CONTA: 38161 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não afibricado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - RR, 19 de novembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Debora Thiatomne B. de Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:

849.653.122-87

4 - Nome completo da vítima:

Debora Thattiane Barbosa de Lima

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

5 - Nome completo:

Debora Thattiane Barbosa de Lima

7 - Profissão:

Ar. Secretária

8 - Endereço:

Rua Pinheira

6 - CPF:

849.653.122-87

11 - Bairro:

Santa Tereza

12 - Cidade:

Boa Vista

9 - Número:

1553

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.314.092

16 - Tel (DDD):

(95) 99143-3845

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

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

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

CONTA:

33433

1

(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.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado judicialmente

☐

Viúvo

☐

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

☐

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

34

Impressão

digital da

assinatura ou

assinatura manuscrita

assinatura manuscrita

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boa Vista - RR 30 de Outubro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 001006/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/01/2019 11:06 Data/Hora Fim: 15/01/2019 11:17

Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 09/11/2018 12:05

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Centro

Logradouro: Rua Coronel Mota c/ Rua Major Manoel Correa

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza | Meio(s) Empregado(s) |
|---|----------------------|
| 1095: Auto lesão - Acidente de trânsito | Veículo |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Feminino

Nasc: 02/11/1993

Profissão: Auxiliar de Secretaria Escolar

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Najra Tiane Barbosa de Lima

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 849.653.122-87

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Piraiba

Nº: 1353

Bairro: Santa Teresa

Telefone: (95) 99143-3845 (Celular)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

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

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| | |
|---|--|
| Grupo Veículo | Subgrupo Motocicleta/Motoneta |
| CPF/CNPJ do Proprietário 849.653.122-87 | Placa NAW4317 |
| Renavam 01124340227 | Número do Motor JC70E0H407482 |
| Número do Chassi 9C2JC7000HR407672 | Ano/Modelo Fabricação 2017/2017 |
| Cor BRANCA | UF Veículo Roraima |
| Município Veículo Boa Vista | Marca/Modelo HONDA/BIZ 110I |
| Modelo HONDA/BIZ 110I | Veículo Adulterado? Não |
| Quantidade 1 Unidade | Situação Envolvido |
| Última Atualização Denatran 31/07/2017 | Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA |

| Nome Envolvido | Envolvimentos |
|----------------------------------|---------------|
| Debora Thatianne Barbosa de Lima | Proprietário |





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

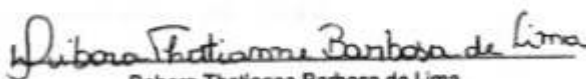
Nº: 001006/2019

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que trafegava pela Rua Coronel Mota, sentido bairro, conduzindo a motoneta acima descrita, quando no cruzamento com a Rua Major Manoel Correa, colidiu com o veículo GM CORSA CALSSIC, placa JXP-1301, conduzido por NEDSON SILVA DE BRITO JUNIOR. Que a comunicante invadiu a preferencial e ocasionou o acidente. Que devido a colisão, caiu e sofreu lesões corporais. Que foi socorrida pelo SAMU. Que **NAO DESEJA** representar criminalmente. Que registra **SOMENTE** para fins de seguro DPVAT. Era o relato.

ASSINATURAS

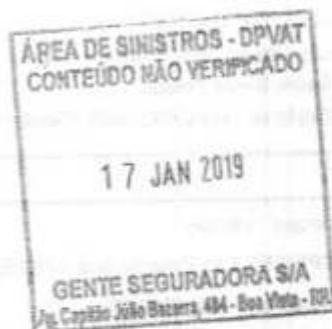

Erico Wallace Bessa Rocha
Responsável pelo Atendimento


Debora Thattiane Barbosa de Lima
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima essenciais e deixo que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 329-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contenção do Código Penal Brasileiro."

JAN. 2019

DELEGACIA DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPEÇAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

849.653.122-87

4 - Nome completo da vítima:

Debora Thaiane Barbosa de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 125/2022

5 - Nome completo:

Debora Thaiane Barbosa de Lima

6 - CPF:

849.653.122-87

7 - Profissão:

Secretaria

8 - Endereço:

Rua Pirajuba

9 - Número:

1533

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Santa Tereza

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.314.092

15 - E-mail:

16 - Telefone:

(65) 99143-5845

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$1,00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POUPEANÇA (comente uma das bancas abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (301)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0653

013

CONTA:

33433

1

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

0000

(Informe o dígito de verificação)

(Informe o dígito de verificação)

(Informe o dígito de verificação)

(Informe o dígito de verificação)

Autoriza a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo a dívida, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitando 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 não impossibilito 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.

Se não o possuir,mento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, e apresentação do laudo do IML, por ausência, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta interposição não significa breve concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

Civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado

☐ Viúvo

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

☐ Solteiro

☐ Casado

☐ Viúvo

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

24 - Grau da parentesco com a vítima:

25 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

27 - Vítima:

☐ Sim

☐ Não

28 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

29 - Vítima deixou:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou irmãos:

☐ Sim

☐ Não

31 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

32 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós falecidos?

☐ Sim

☐ Não

34 - Vítima deixou irmãos falecidos?

☐ Sim

☐ Não

35 - Vítima deixou pais/avós falecidos?

☐ Sim

☐ Não

36 - Vítima deixou irmãos falecidos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas pessoas beneficiárias que se apresentarem e provarão a responsabilidade criminal, por infração do artigo 230 do Código Penal.

37

Impresso digital

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - RR, 30 de Outubro de 2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Precursor (se houver)

TESTEMUNHAS



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº

1674

SAMU
192

UNIDADE:

SARV

EQUIPE

Shirley, Hubert e Julio

Paciente: Deborah Tatiane Barbosa de Lima Idade: 25 Sexo: Fem
 Nacionalidade: Brasileira Raca: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia
 Endereço: Rua Caetanete Jota Bairro: Centro

Nº 20 900 DATA 09/11/18 HORA J19: 12:23 BASE PRVIA [] RÁDIO
 Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: A. Almon HORA J10: 12:33 [] CELULAR

☒ SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NO LOCAL [] OUTRO

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (☒) / 1 a 3 horas () / 4 a 24 horas () / Mais de 24 horas () / Não sabe ()

| AUTOMÓVEL | AUTOMÓVEL | VIOLENCIA | OUTROS |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão AUTO x <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIA [] CALÇADA | <input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Bateria encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado <input type="checkbox"/> MOTOCICLETA / BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO x <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Queda da Biclética <input checked="" type="checkbox"/> Pêlo <input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Garupa | <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espionamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Alagamento <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros: |

| VIAS AERIAS | VENTILAÇÃO | CIRCULAÇÃO | AVAL NEUROLÓGICA |
|--|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Edema de Glote <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal | <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade | <input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV |

| Hora | P.A mm/hg | F.C Bpm | F.R Mpm | Set O ₂ % | T. Axilar °C | Glicemia | Esc. visual "DOR" | APAGAR |
|---------------------|-----------------|-----------|-----------|----------------------|--------------|----------|-------------------|--------|
| Início <u>12:33</u> | <u>120 x 80</u> | <u>66</u> | <u>18</u> | <u>99</u> | | | | |
| Fim <u>12:53</u> | <u>120 x 80</u> | <u>76</u> | <u>18</u> | <u>99</u> | | | | |

| Pele | Cabeça | Face | Pescoco | Tórax | Abdome | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|---------|---------|-------|---------|--------------|--------------|---------|--|--|--|--|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica | <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. penetrante | <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula | <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo | <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento | <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração | | | | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pelve <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade <input type="checkbox"/> Deformidade | <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações | <input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação | <input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação | QUEIMADURAS <table border="1"> <thead> <tr> <th>CABECA</th> <th>PESCOCO</th> <th>TORAX</th> <th>ABDOMEN</th> <th>MEMBROS SUP.</th> <th>MEMBROS INF.</th> <th>TOTAL %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | CABECA | PESCOCO | TORAX | ABDOMEN | MEMBROS SUP. | MEMBROS INF. | TOTAL % | | | | | | | |
| CABECA | PESCOCO | TORAX | ABDOMEN | MEMBROS SUP. | MEMBROS INF. | TOTAL % | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Respiratória | Neurológica | Digestiva | Diabetes | Alergias |
|--|--|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Filtro Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Flutuar | <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assístolia | <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto | <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecções <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Outra | <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicção de uso |

[] ILESO [] PEQUENA [] MÉDIA [] SEVERA [] LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA

Tiago Maranhão Dias

ÁREA DE SINISTROS / PRIMEIRO e Centro Médico (Unidade de Destino)

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL

OBSERVAÇÕES: 14/12/18

Stephanie
FBI

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Basílio, 44 - Boa Vista - RJ

[] Pol. Coaste e 36va - PCCS
 [] Hosp. Santo Antônio - HCSA
 [] HMINSV

[] Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
 [] Hosp. Lette Iris - HLI
 [] Outros

[] Atendido no local
☒ Trauma HGR
☐ Pronto Atendimento
☐ Coronel Mota

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PACIENTE

Descrição: _____

Nome do Receptor: _____

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

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

Assinatura do Paciente: Em 14/12/18 RG: _____

TESTEMUNHA 01: Stephanie RG: _____

TESTEMUNHA 02: Rubrica RG: _____

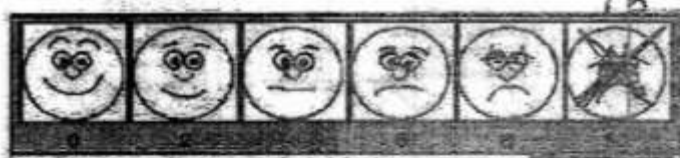
GESTANTE

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

Perda de líquido: _____ BCF: _____

☐ Com cartão ☐ Sem cartão

| Abertura Ocular | Orientação | Postura |
|---|----------------|---------|
| Olhos abertos preferencialmente à estimulação | Espondílica | 1 |
| Abertura ocular em nível de voz normal ou em voz alto | As Som | 2 |
| Abertura ocular após em estimulação de extremidade dos dedos | A Pressão | 3 |
| Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência | Ausente | 4 |
| Olhos fechados devido a fator local | Não Testável | NT |
| Resposta Visual | Orientação | Postura |
| Resposta adequada relativamente ao nome, local e data | Orientada | 1 |
| Resposta não orientada mas comunicação coerente | Confusa | 2 |
| Respostas isoladas ininteligíveis | Polares | 3 |
| Apenas gemidos | Sons | 4 |
| Ausência de resposta visual, sem fatores de interferência | Ausente | 5 |
| Fator que interfere com a comunicação | Não Testável | NT |
| Resposta motora | Orientação | Postura |
| Cumprimento de ordens com 2 ações | Orientada | 1 |
| Reação de mão acima do nível da clavícula ao estímulos: cabeça ao pescoço | Localizada | 2 |
| Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal | Flexão normal | 3 |
| Flexão rápida do membro superior, ao nível do cotovelo, padrão predominantemente claramente anormal | Flexão anormal | 4 |
| Extensão do membro superior ao nível do cotovelo | Extensão | 5 |
| Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência | Ausente | 6 |
| Fator que limita resposta motora | Não Testável | NT |



MATERIAL E MEDICAÇÃO

01 jaleco do, esparadrapo, 01 agulha 40x12, 01 sonda 20 ml, 01 equipo vazio, 01 SF 500 ml, 01 alprazolam, 01 tablet 40mg, neostigmina desacetato, 01 luvas de procedimento e m



Relatório Médico

Atua transmissões, isolado motor x eixo. Encontra-se ao polo queromoto-se ok lombalopia glaxow 15. Colocados edar ber-veal + provelia + uol block. Realizados venopuncões + anal-geria, mais ulous entoneis conduegida no GT 1HEIR sur af-tureces. Box Shylar Souto
CORR 248 169

Paciente Vilma de Souza, de Mato Vs Corra Encarna-da no local em Recen-to lateral D Par Apreu-tor dor intenso na Regi-ão lombar. No Momento em BFC LOTE AAA ACU: BCR RUF 2/1 5/5 AR: MV (+) 3/RA. Toxox e Sclome Encon-tes Encaminhada par- o PSFE sem Intercorra-cios No Transporte

DR. João Roberto A.
MÉDICO RAB 1225

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Ené Góes, 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 / Insc. Estadual: 24.007.022-3

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

Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/12

Nº da Nota Fiscal 002070926

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\$) |
|---------------|------------|---------------|---------------------|
| DEZEMBRO/2018 | 05/02/2019 | 344 | 321,69 |

NAJRA TIANE NAIÁ BARBOSA
R. PIRAIBA 1153 SANTA TEREZA
CPF: 00038296659204
CEP: 69.314-002 - BOA VISTA

ROT: 6 UN1.13.16.1555MM

| DADOS DA LEITURA | | DADOS DA LEITURA | |
|-----------------------------|-------|------------------|------------|
| Atual: | 344 | Atual: | 26/12/2018 |
| Anterior: | 0 | Anterior: | 27/11/2018 |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 | Próxima Leitura: | 28/01/2019 |
| Consumo Medido: | 344 | Emissão: | 21/12/2018 |
| Consumo Faturado: | 344 | Assinatura: | 26/12/2018 |
| | FCAN | | |

NORMAL

29

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | | | | | |
|------------------------------|---------|---------------------|-------|-------------|---------------|
| Class/Subclass | Ligação | Numero Medidor | Posto | Código Fat. | Médo 12 meses |
| RESIDENCIAL | BI | TDB1729205N 1500967 | | 1.1.1.2 | 207 |

| HISTÓRICO KWh | DESCRIÇÃO DA CONTA |
|--------------------|-------------------------------------|
| Mês/ano consumo | |
| NOV/18 195 | CONSUMO 344 A R\$ 0,791912 = 272,41 |
| OUT/18 210 | VISTORIA DE UC 9,85 |
| SET/18 105 | CORRECAO MONETARIA DA 10/18-00 0,03 |
| AGO/18 166 | CORRECAO MONETARIA IG 10/18-00 0,30 |
| JUL/18 195 | MULTA POR ATRASO DE I 10/18-00 0,71 |
| JUN/18 223 | JUROS DE MORA POR ATR 10/18-00 0,07 |
| MAT/18 196 | MULTA POR ATRASO 10/18-00 2,39 |
| ABR/18 217 | JUROS DE MORA DE INPO 10/18-00 0,35 |
| MAR/18 211 | ILUMINACAO PUBLICA 35,58 |
| FEV/18 201 | |
| TOTAL SEM TRIBUTOS | |
| 0 A 344 - 0,62463 | |

MENSAGENS IMPORTANTES E/OU REVISÃO DE VENCIMENTO

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA, PODER
SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO
LIGUE 0800/011111 E FAÇA O CAD. VENCIMENTO 7 6 11 16 21 76
Parabéns! Até o dia 21/12/2018, não constataremos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |
|---------------------------|-------------------------|
| Distribuição: | Base de Cálculo: |
| Energia: | Alíquota ICMS: |
| Transmissão: | Valor do ICMS: |
| Encargos: | Valor do PIS: |
| Tributos: | Valor do COFINS: |
| | |

Valor Adicional de Contribuinte

4 55 17 31 25 20 8 36 16 07 22 24 5 81

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

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

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190614455
Nome do(a) Examinado(a): Debora Thatianne Barbosa de Lima
Endereço do(a) Examinado(a): R Piraiba, 1353
Sta Tereza Boa Vista RR CEP: 69314-092
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RR] 3077004
Data local do acidente: [09/11/2018]
Data local do exame: [07/11/2019] BOA VISTA [RR]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO COM CONSEQUENTE FRATURA DO QUADRIL D + JOELHO D

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

Tratamento: VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR - RETIDA AO LEITO POR DOIS MESES, COM 01 MÊS RETORNOU AO HOSPITAL DEVIDO DOR EM JOELHO D E FOI INDICADO USO DE ANALGESICOS- EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM O ORTOPEDISTA FOI SOLICITADO RNM E OBSERVOU-SE HIPERSOLICITAÇÃO DO MECANISMO EXTENSOR FEMOROPATELAR FEZ FISIOTERAPIA, ALTA OUTUBRO DE 2019

Complicações: QUADRIL D: TESTE DE PATRICK POSITIVO + LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO/ABDUÇÃO DO MID

JOELHO D: LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO; AUSÊNCIA DE FLOGOSE

Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

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

QUADRIL D: TESTE DE PATRICK POSITIVO + LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO/ABDUÇÃO DO MID

JOELHO D: LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO; AUSÊNCIA DE FLOGOSE

- IV. Nexa de casualidade: 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 à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

QUADRIL D: TESTE DE PATRICK POSITIVO + LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO/ABDUÇÃO DO MID

JOELHO D: LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO; AUSÊNCIA DE FLOGOSE

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

QUADRIL - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho

CPF - 378.315.502-91

CRM/RR - 1032


Dra. Regina Claudia R. M. Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
ROE: 177



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

1ª Classificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

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

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

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

1801032960

09/11/2018 12:54:33

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

13

Paciente

DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

Data Nascimento

02/11/1993

Idade

25 A 0 M 7 D

CNS

702508354277336

CPF

84965312287

Prontuário

00058171

Tipo Doc

Documento

Orgão Emissor

Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

IGNORADO

3077004

RR

F

SOLTEIRO(A) PARDA

BOA VISTA - RR

BRASILEIRA

Mãe

NAJRA TIANE BARBOSA DE LIMA

Pal

Contato

ANTONIO WILSON PEREIRA DE LIMA (95) 99143-3845

Endereço

RUA - PIRAIBA - 1353 - SANTA TEREZA - BOA VISTA - RR

Ocupação

SECRETARIO

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento

Caráter do Atendimento

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

ACIDENTE DE MOTO

URGÊNCIA

Sector

Tipo de Chegada

Procedimento Sol.

Registrado por:

GRANDE TRAUMA

DEMANDA ESPONTANEA

CASSIO.LIMA

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

Dor na pele e fêmur (E)
Síndrome de fêmur

MOT + R/A
SNP + R/A

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Exame Físico

17 JAN 2019

Hipótese Diagnóstica

Fratura de quadril

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Barreto, 434 - Boa Vista - RR

SADT - Exames Complementares

☒ RAO - X

☒ ULTRA-SON

☒ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

DAVP

25 mg 1x1 vez

25 mg 1x1 vez

25 mg 1x1 vez

25 mg 1x1 vez

Fosca Mendonça Dias
Médico
CRM-RR 1885

Insuficiência vascular de membros

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308
Novo Planalto Tel: (95) 2121-0600

AUTENTICAÇÃO

09 JAN 2019

Certifico e Dou-Fe que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

Ortopedia

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: cassio.lima
Data-Hora: 09/11/2018 12:55:28



1801032960

Ortopedia

Aluno de nome
com trauma em braço
esquerdo @.

RX com fratura sem
desvio do ramo proximal
sem outros traumas

id: ORIENTADO
CARECE 20% NO LADO
DIREITO

DIVE FOMBUKATON



Dr. Alberto F. Brito de Souza
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM - RR 1611
Título Especialista TEOR - 12003



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESAU

PRONTO ATENDIMENTO DR. AIRTON ROCHA – PAAR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 414 - Boa Vista - RR

| | | |
|--------------------------------------|--------------------------|------------|
| REG: 4955/2018 | D.N.: | |
| NOME: Débora Tatiane Barbosa de Lima | IDADE: 25 anos | SEXO: Fem. |
| EXAME: USG. ABDOMEN TOTAL | | |
| PROCEDÊNCIA: GT | MÉDICO SOLICITANTE: Lael | |

LAUDO ULTRASSONOGRÁFICO

FÍGADO: Em topografia habitual. Forma normal, volume preservado, contornos regulares, parênquima homogêneo, com ecogenecidade habitual. Ramos portais e veias supra-hepáticas normais. Sistema biliar canalicular intra-órgão de calibre e trajeto preservados. Ausência de sinais diretos ou indiretos de tumor cístico ou sólido.

VESÍCULA BILIAR: Normodistendida. Paredes finas, conteúdo anecóico. Colédoco de calibre normal, 0,3mm.

PÂNCREAS: Em topografia habitual. Forma normal, volume preservado, contornos regulares, parênquima homogêneo, com ecogenecidade habitual. Conduto de Wirsung não visualizado.

BAÇO: Em topografia habitual. Forma normal, volume preservado, contornos regulares, parênquima homogêneo, com ecogenecidade habitual e cápsula sem alterações.

RIM DIREITO: Topografia habitual. Forma normal, volume mantido, contorno regular, ecotextura parenquimatosa cortical, medular e coletora, normais. Relação córtico-medular normal e mantida. Ausência de sinais diretos ou indiretos do tumor cístico ou sólido e litíase. Cápsula preservada.

RIM ESQUERDO: Topografia habitual. Forma normal, volume mantido, contorno regular, ecotextura parenquimatosa cortical, medular e coletora, normais. Relação córtico-medular normal e mantida. Ausência de sinais diretos ou indiretos do tumor cístico ou sólido e litíase. Cápsula preservada.

VCI E AORTA: Trajetos e calibres e normais.

SEIOS COSTO-DIAFRAGMÁTICOS: Íntegros, mantendo as características habituais do espaço pleural normal.

BEXIGA: Paredes normoecogênicas e conteúdo anecóico.

Ausência de líquido livre na cavidade abdominal no momento deste exame.

ID: Órgãos examinados sem alterações ecográficas.
Quadro clínico sem tradução ecográfica.

EXAME ULTRASSONOGRÁFICO SEM IMAGENS EM ANEXO POR FALTA DE INSUMOS DE IMPRESSÃO.

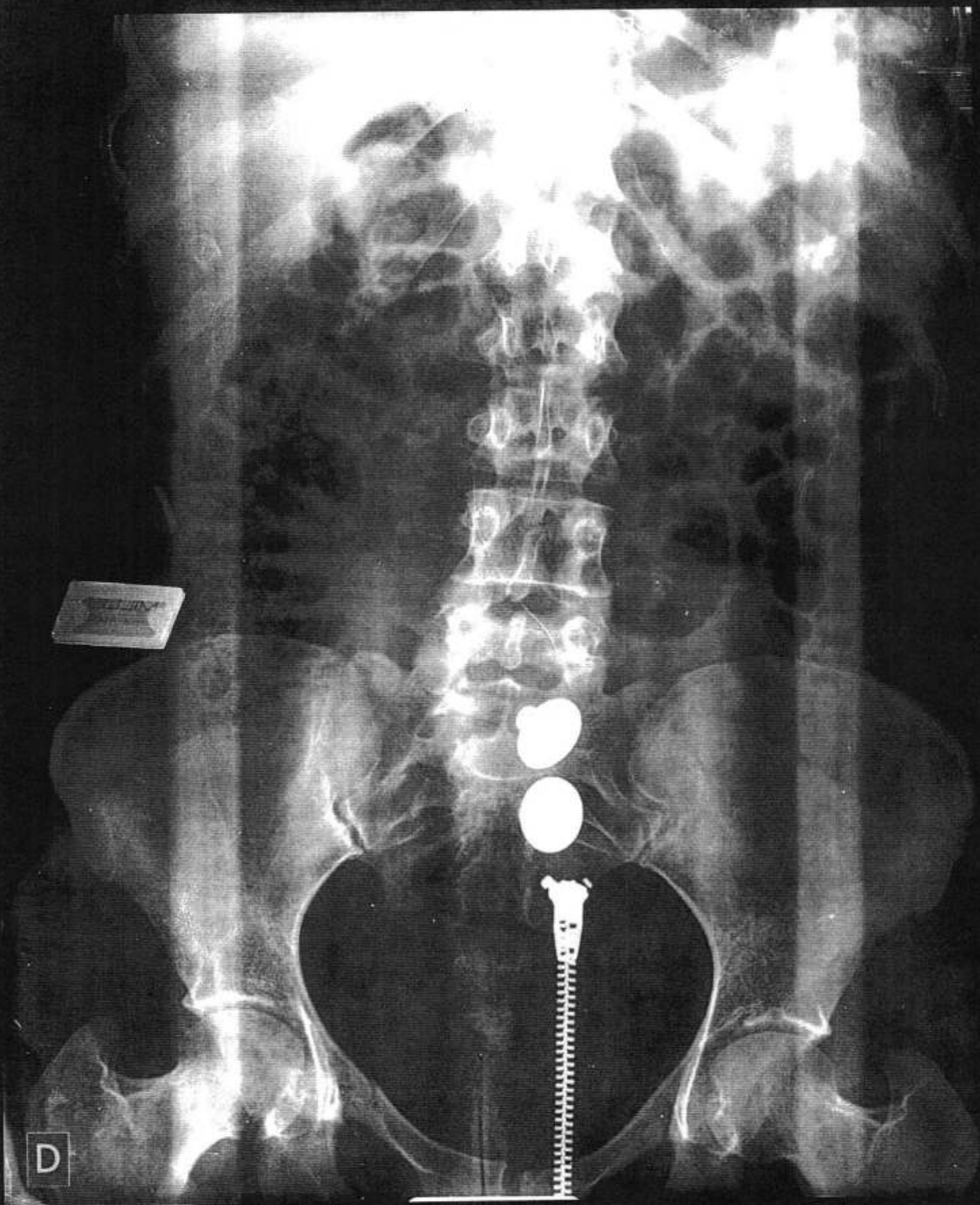
Boa Vista – RR, 9/11/2018 16:25

Dr. Deusdete Coelho
CRM-1402/RR



Hospital Geral de Roraima - HGR
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes s/n, Bairro Novo Planalto
CEP: 69360-000, Boa Vista – RR. Telefone: (095) 2121-0600
E-mail: hosprsb@ibest.com.br





D

DEBORA THATIANE BARBOSA

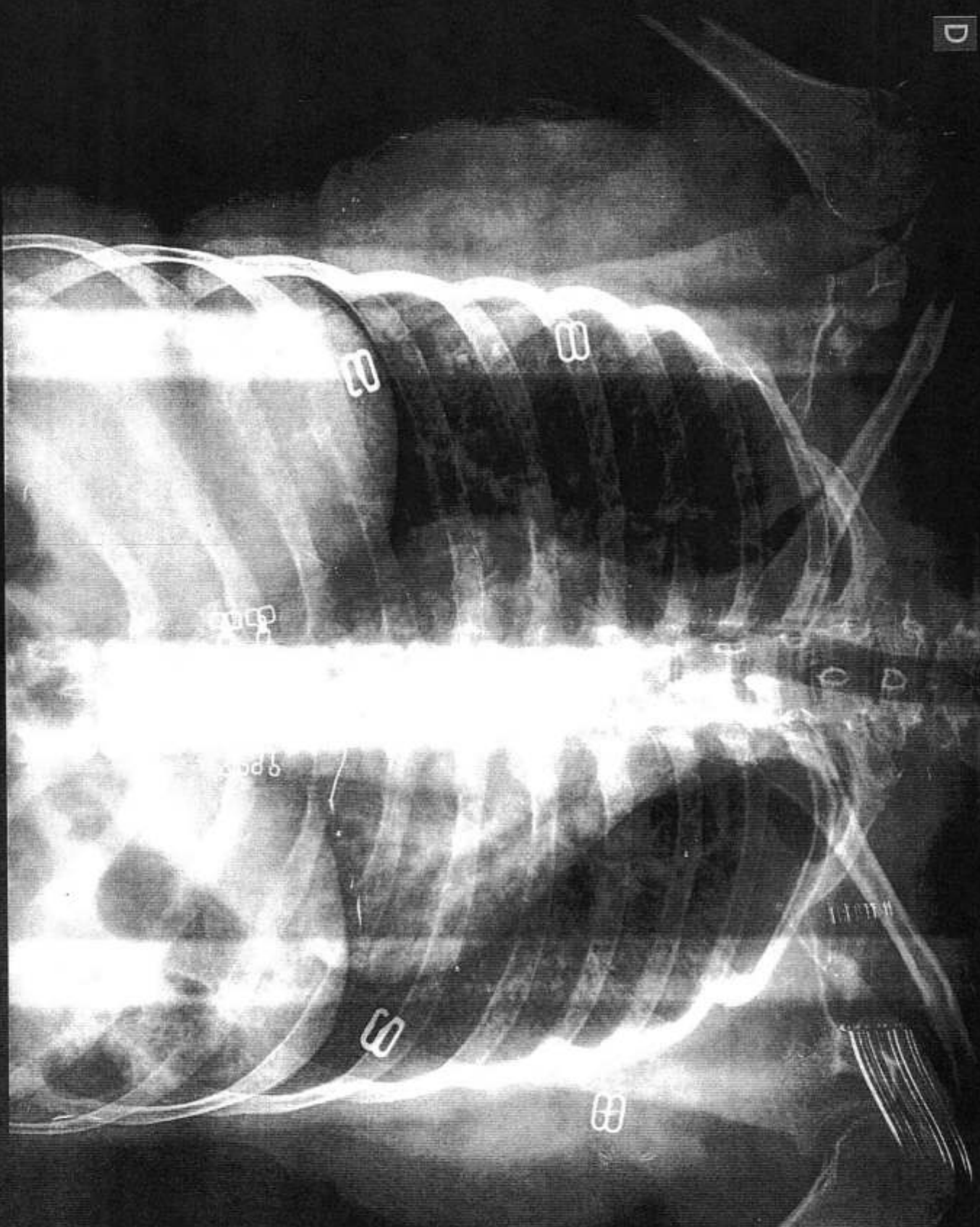
9/11/2018 13:30:06

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ROSANGELA

51.6 %

D



DEBORA THATIANE BARBOSA

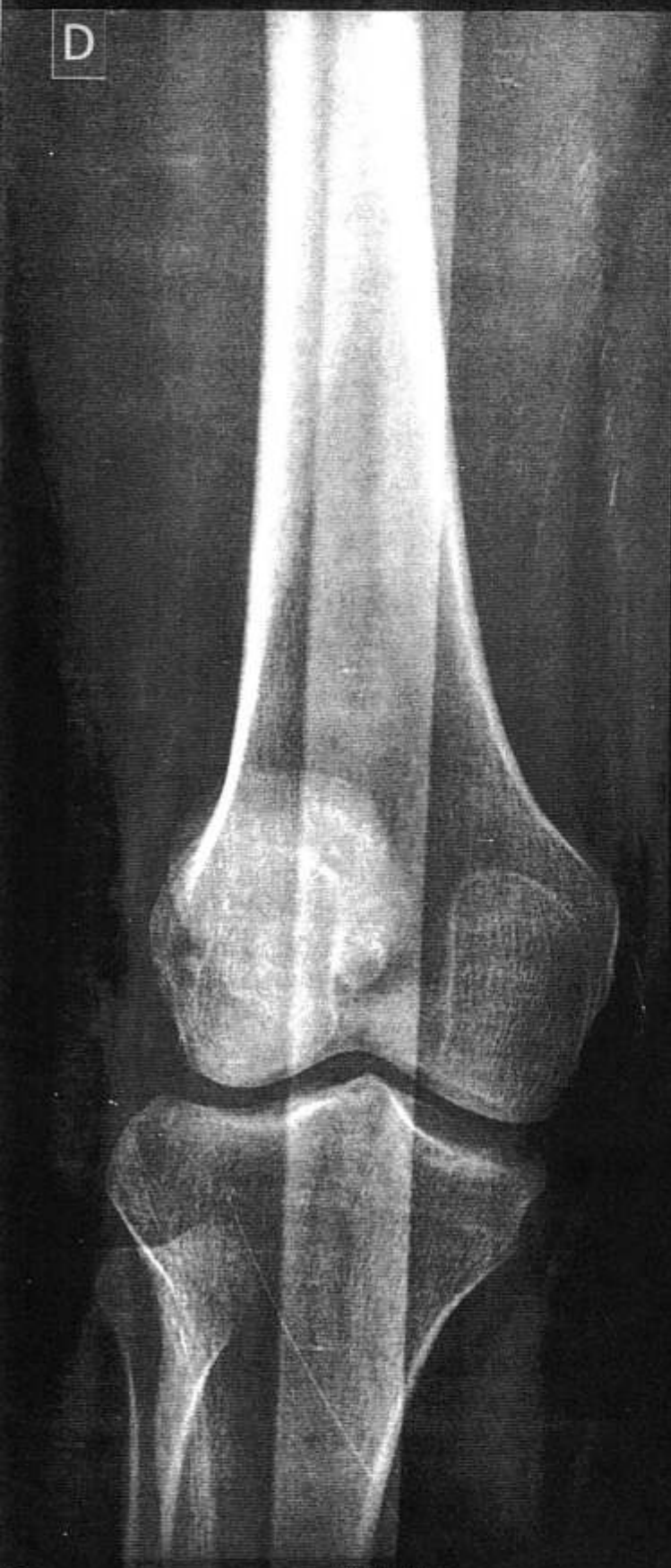
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ROSANGELA

9/11/2018 13:30:06

49,3 %

D



4,9 % 0/11/2018 13:30:06

DEBORA THATIANE BARBOSA

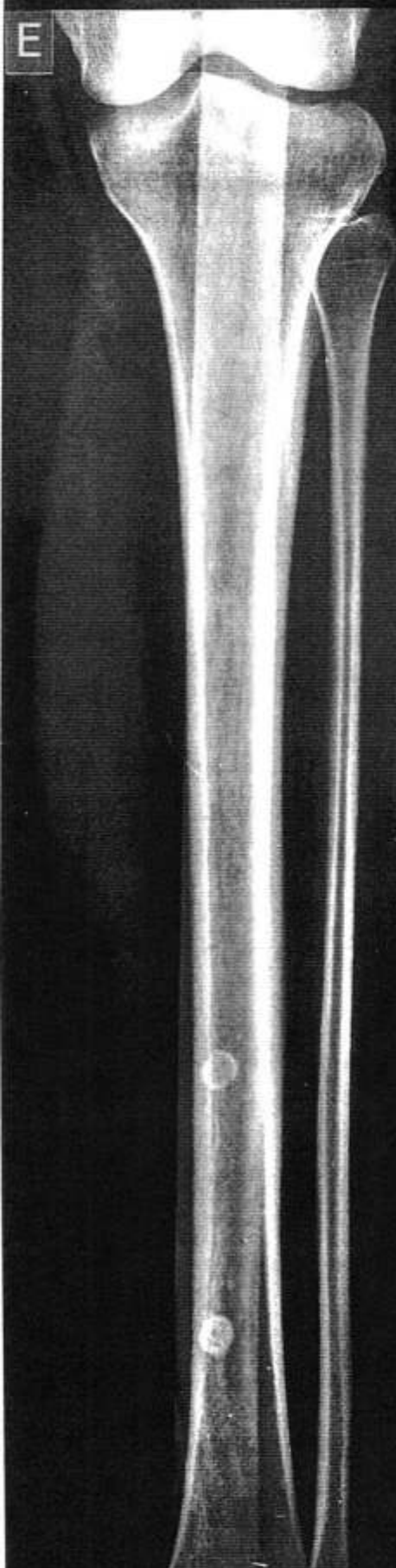
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



75,2 %

0/11/2018 13:30:06

TR. ROSANGELA

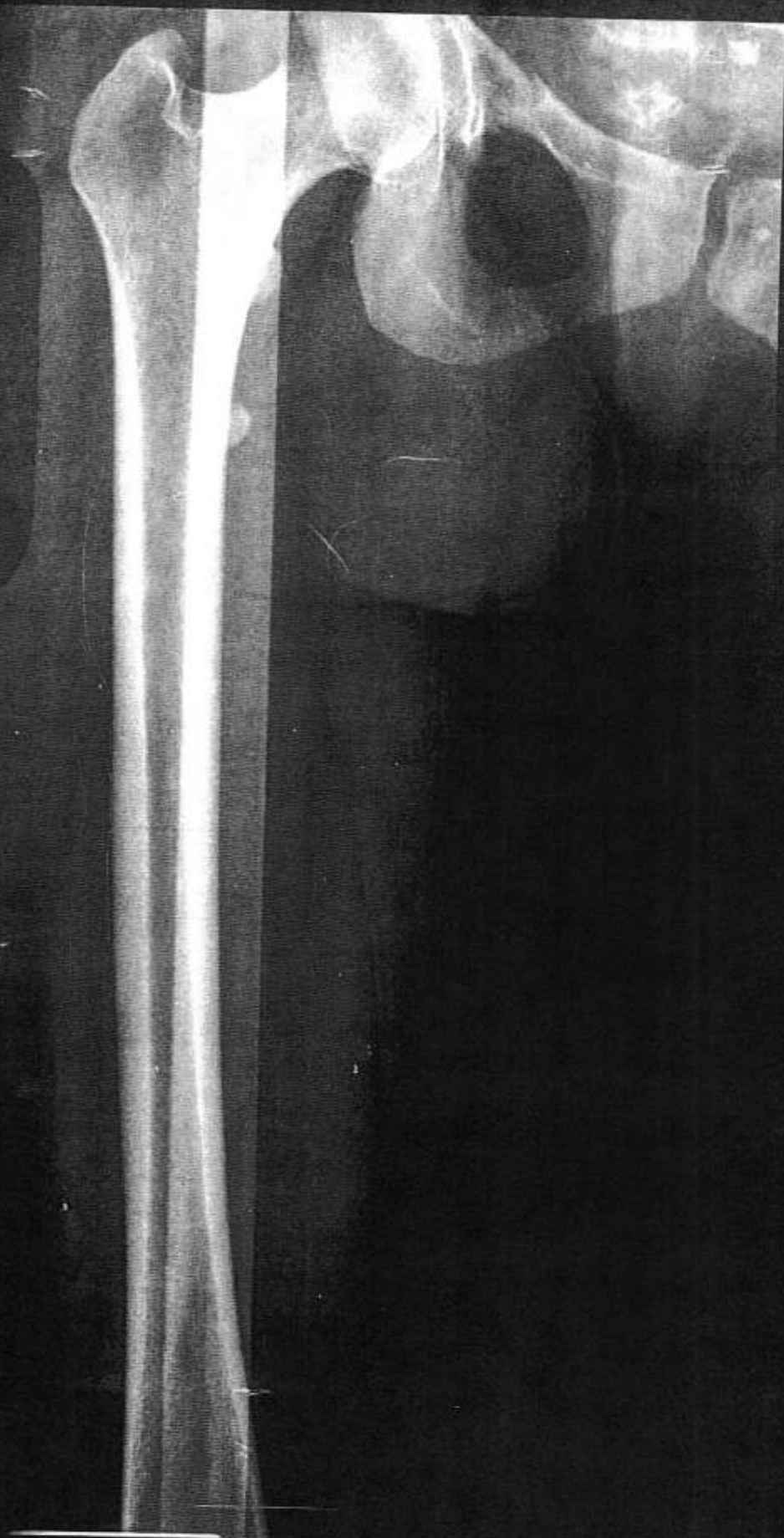


DEBORA THATIANE BARBOSA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ROSANGELA

D



DEBORA THATIANE BARBOSA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ROSANGELA

9/11/2018 13:30:06

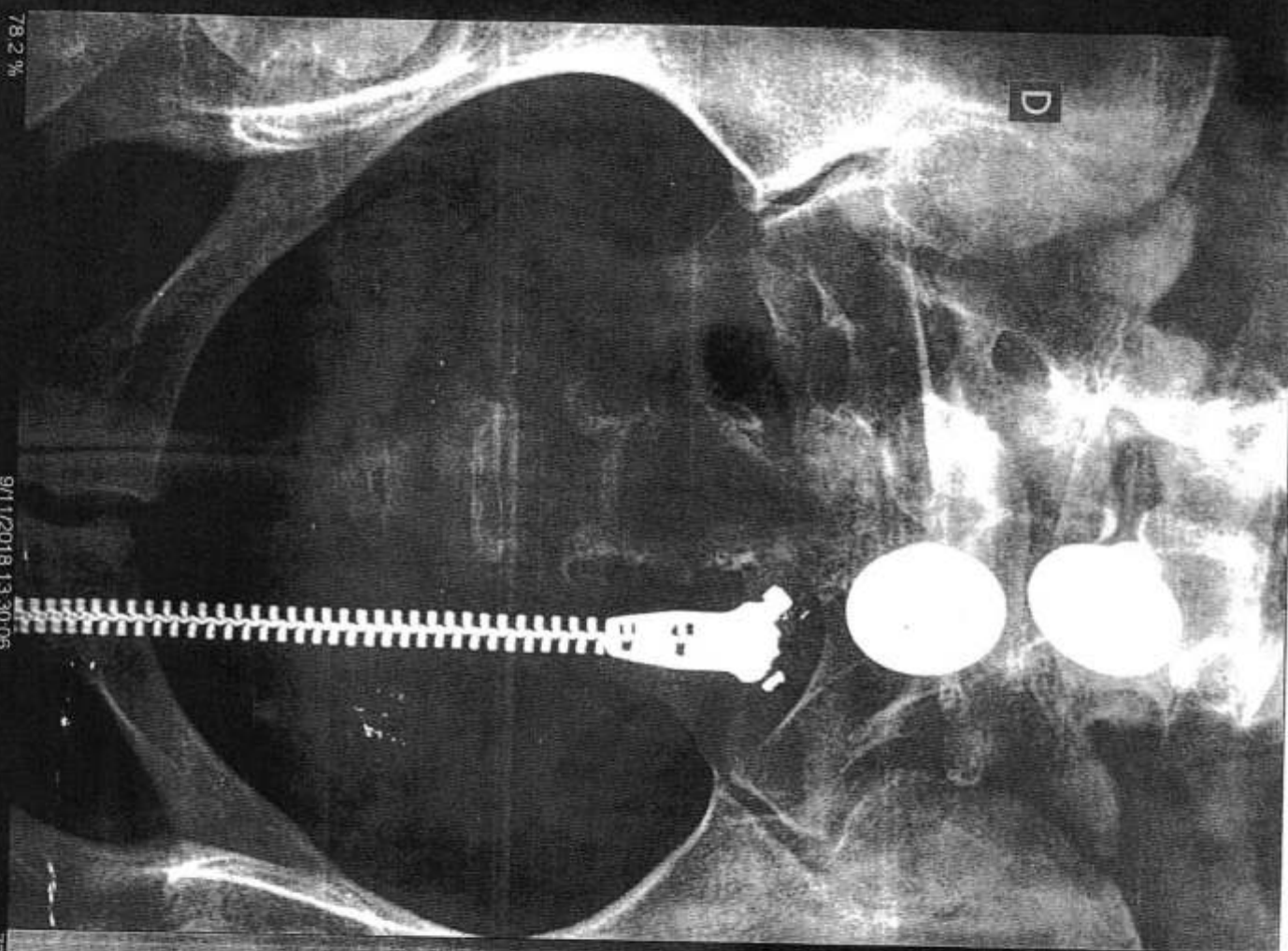
53.7 %

78.2 %

, DEBORA THATIANE BARBOSA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

9/11/2018 13:30:06

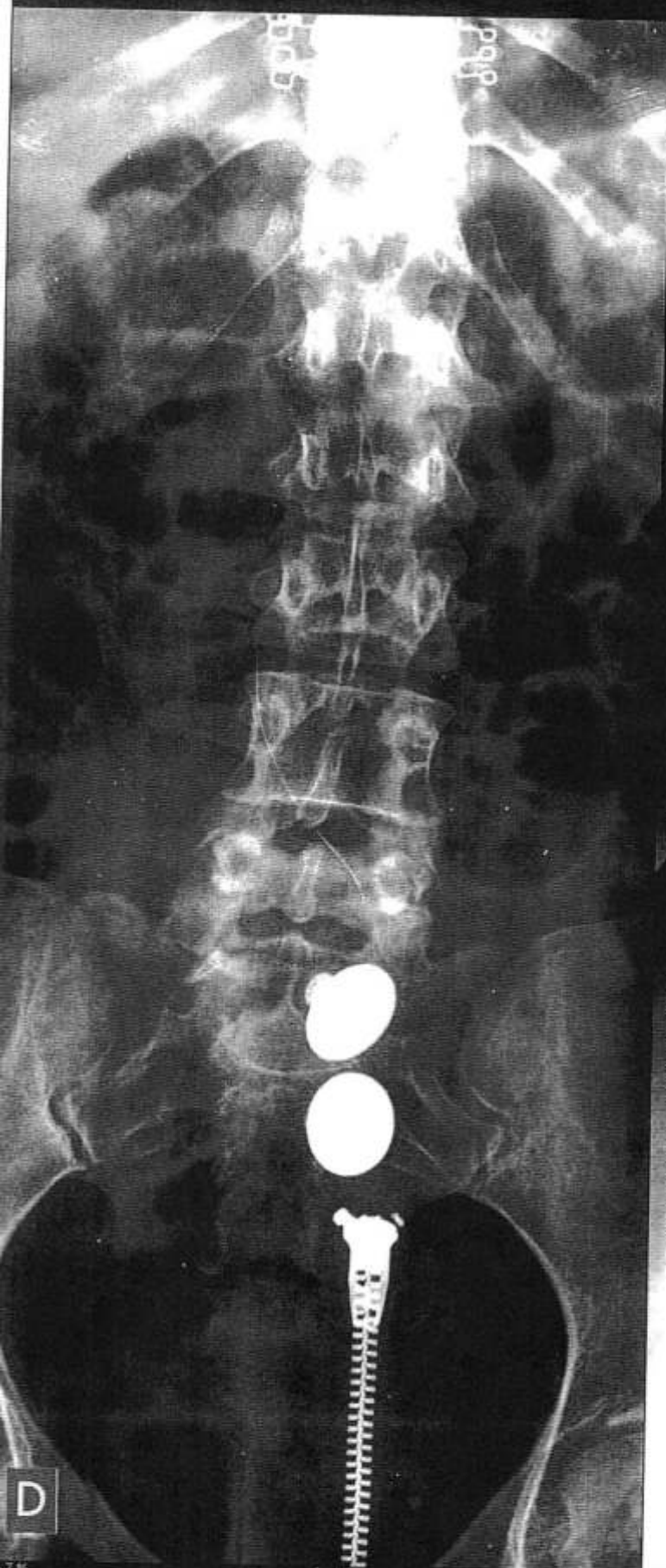


73.6 %

9/11/2018 13:30:06



TR. ROSANGELA



9/11/2018 13:30:08

54,1%



9/11/2018 13:30:08

DEBORA THATIANE BARBOSA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ROSANGELA

D

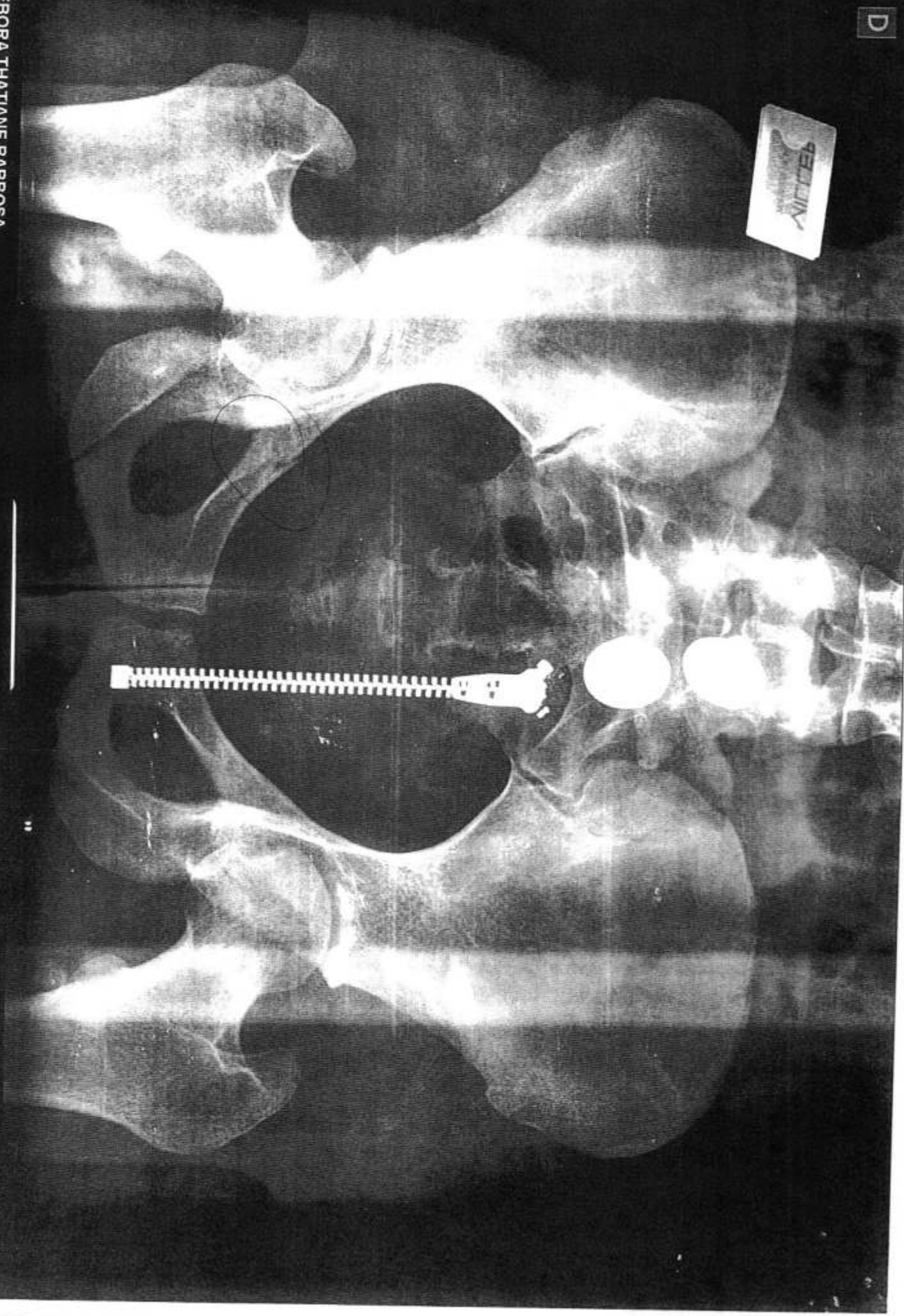
DEBORA THATIANE BARBOSA

DEBORA THATIANE BARBOSA
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ROSANGELA

62.1 %

9/11/2018 13:30:06



| | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|--|--|
| GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria do Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR/PSFE Av. Engenheiro Eduardo Guimarães, 3309 | | 1ª Classificação Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass. | | Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass. | | Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass. | |
| 1501040899 14/12/2018 14:13:38 | | FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA | | | | DIURNO 07-19 18 | |
| Paciente: DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA | | Data Nascimento: 02/11/1993 | | Idade: 25 A 1 M 12 D | | CNS: 702508354277336 | |
| Tipo Doc: Documento | | Órgão Emissor: RR | | Data Emissão: 3077004 | | CPF: 84965312287 | |
| Mão: IGNORADO | | Sexo: F | | Estado Civil: SOLTEIRO(A) PARD | | Naturalidade: BOA VISTA - RR | |
| Mãe: NAJRA TIANE BARBOSA DE LIMA | | Pai: ANTONIO WILSON PEREIRA DE LIMA | | Contato: (95) 99143-3845 | | Nacionalidade: BRASILEIRA | |
| Endereço: RUA - PIRAIBA - 1353 - SANTA TEREZA - BOA VISTA - RR | | | | | | Ocupação: SECRETARIO | |
| Class. de Risco | | Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | | Nº da Carteira | | Validade | |
| Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO | | Caráter do Atendimento: URGÊNCIA | | Profissional do Atend. | | Procedência | |
| Setor: GRANDE TRAUMA | | Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA | | Procedimento Sol. | | Temp. 37°C | |
| Queixa Principal: Dor no ombro de. Dor lombar (LUMBAR CLAVICULAR DO OMBRO) 4 a 6 meses | | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril | | <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório | | <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue | |
| Anamnese da Enfermagem: LMA - HAS, DM e Alteração | | Anamnese: (HORA DA CONSULTA: 14:44h) | | GSC: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 | | TOTAL | |
| Exame Físico: Paciente refere acidente motociclistico há 6 meses, com ausência de movimento do joelho (D) (rotura de menisco?) | | | | | | | |
| Hipótese Diagnóstica: Edema joelho (D) | | | | | | | |
| SADT - Exames Complementares | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: | | | | | | | |
| PRESCRIÇÃO | | | | APRAZAMENTO | | OBSERVAÇÃO | |
| APEA DE SINISTROS - DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO | | | | | | | |
| 17 JAN 2019 | | | | | | | |
| GENTE SEGURADORA S/A Rua Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR | | | | | | | |
| Condição | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica | | | | <input type="checkbox"/> Ambulatório | | | |
| <input type="checkbox"/> Alta a Pedido | | | | <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) | | | |
| <input type="checkbox"/> Alta a Revalia | | | | <input type="checkbox"/> Internação | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: Ortopedia | | | | Data e Hora da Saída/Alta: / / | | | |
| óbito | | | | | | | |
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | | Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica | | | |
| Assinatura do Paciente ou Responsável | | | | Dr. Daniel Costa Thomé Médico PAAR/PSFE CRM-RR 1690 | | | |
| Impresso por: antonia.soares Data Hora: 14/12/2018 14:14:38 | | | | | | | |

Ort Dr Brum F.

Pct vítima de trauma em queda de quadris
na zoolo, queda de um muro

EF: 51 anos. fleiss e joelho. Fx de 51 anos

Rx: ÷ foi envolto Fx - joelho

- não relato que a pct esta apresentando com

HCN.

Os exames + interven

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM RR 1995





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA



RECEITUÁRIO

M.ª Nelsona Thompson Santos Lima
Tel. 25.

Caro Médico

Atesta para os devidos fins
que a paciente apresenta sintomas
de febre, dor de cabeça, mal-estar,
refraco, isolado e prostração.
De febre alta e muito
refraco com febre alta e prostração
devido a dor.

Dr. Josué Jesus Paneque Matos
Médico Especialista em
Saúde da Família CRM-RR 482
UBS - Santa Teresa Equipe E.S.F. 3.1
Rua Aruanã 355 - Boa Vista - RR

DATA

15/12/2019

Assinatura e Carimbo do Médico

Lauda Médico

Debora Thathanne Barbosa de Lima, CI 3077004 SSP/RR

vítima de acidente de moto sendo constatado dor pélvica e um fêmur. Foi realizado exame de Rx sendo constatada Fratura da bacia sendo tratada com repouso. Após alta hospitalar, paciente manteve dor e limitação de mobilidade no joelho Direito. Exame de RTH apresentou sinais de atrofia/hipossolicitação do mecanismo extensor femoropatela.

Após exame periculado com limitação para flexão e hiperextensão do joelho direito, limitação para extensão repetitivos com membro inferior direito, comprometendo suas atividades laborativas.

Conclusão: Lesão femoral/permanente do membro inferior direito.

Boa Vista, 30/09/2019


Dr. Francisco F. Farias
CRM: 365-RR

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



Polígrafo Direto



Debora Thatianne B. de Lima

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO
SERIAL 307700-4DATA DE
EXPIRAÇÃO

24/05/2016

NOME

DÉBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

FILIAÇÃO

ANTONIO WILSON PEREIRA DE LIMA

MAJRA TIANE BARBOSA DE LIMA

NATURALIDADE

BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO

02/11/1993

DOC. ORGEM

CERTD NASC 73316 FLS 028-V LIV A/106

1 OF BOA VISTA-RR

CPF

849.653.122-87

AMADEU ROCHA TRIANI

Ponto de Registro de Polícia Civil

Estado de RR

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
DÉBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
3077004 SESP RR

CPF
849.653.122-87

DATA NASCIMENTO
02/11/1993

FUNÇÃO
ANTONIO WILSON PEREIRA
DE LIMA
MAJRA TIANE BARBOSA DE
LIMA

PERMISSÃO
PERMISSÃO

ACC
AB

CAT. NAVE
AB

Nº REGISTRO
07140070101

VÁLIDA
04/10/2019

PROROGAÇÃO
04/10/2018

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO TITULAR
Debora Thatianne B. de Lima

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
04/10/2019

ANTONIO FRANCISCO BENEDITO MACHES
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR

84426686565
RR20592460

ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1745534881

PROIBIDO PLASTIFICAR
1745534881

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013746224780
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 01124340227 RNTC EXERCÍCIO 2017

NOME
DEBORA T BARBOSA DE LIMA

CPF/CNPJ
849.653.122-87

PLACA
NAW4317

PLACA ANT/UF

CHASSI
9C2JC7000HR407672

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTONETA/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/BIZ 110I

ANO FAB.
2017

ANO MOD.
2017

CAP/POT/CIL
2P/0109CC/

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
BRANCA

COTA ÚNICA

VENÇ. COTA ÚNICA

VENÇ./COTAS

1º *PAGO*

PAGO

1º *****

FAIXA LPVA

PARCELAMENTO/COTAS

2º *****

3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO
27/07/2017

OBSERVAÇÕES

AL.FID. ADM DE CONS NACIONAL HONDA LTD *
PROIB SAIR DA AMAZON OCID *

Antônio Francisco Beserra Marques
Diretor Presidente
DETRAN-RR
Interino

DATA

BOA VISTA-RR 01/08/2017

RR Nº 013746224780 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
849.653.122-87 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO NENHUM
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 01

CPF / CNPJ

PLACA

849.653.122-87

NAW4317

RENAVAM

MARCA / MODELO

01124340227

HONDA/BIZ 110I

ANO FAB.

CAT. BREV.

NR CHASSI

2017

9C2JC7000HR407672

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

R\$40.65

R\$4.52

R\$45.17

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

R\$4.15

R\$0.36

R\$94.84

☒ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

27/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04

013746224780

2088656048

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR

Nº 013746224780

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

01 01124340222 20886560648

DEBORA T BARBOSA DE LIMA
RUA PIRAIBA
SANTA TEREZA Nº 01353
BOA VISTA-RR/69314092

849.653.122-87 PLACA NAM4317

KORAIMA MOTORES LTDA

9C2JC7000HR407672

PAS/MOTONEIA/NAO APLIC. GASOLINA

HONDA/BIZ 1101 ANO FAB. 2017 ANO MOD. 2017

2P/0109CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE BRANCA

OBSERVAÇÕES

AL.FID. ADM DE CONS NACIONAL HONDA LTD *
PROIB SAIR DO AMAZON OCID *

Antonio Francisco Beserra Marques

BOA VISTA-RR 01/08/2017

ÁREA DE MINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

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

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$

NOME DO COMPRADOR:

CPF/CNPJ:

ENDEREÇO:

LOCAL E DATA:

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de multa de R\$ 100,00 e de suspensão do direito de dirigir, além de ser responsável solidariamente pelas penalidades impostas e suas reincidências até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB);
- b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB);
- c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHEÇA: não remover



Autenticação mecânica - Primeira cota ou cota Única

Estado de Roraima - SEFAZ - DETRAN - Documento de Arrecadação -

Exercício: 2018

Placa: NAW4317

Emissão: 07/08/2018

IPVA COTA ÚNICA: 04.100.8300845.3-1

SEGURO: 05.100.8300847.3-1

LICENCIAMENTO: 01.100.8300846.3-2

RENAM

BASE CÁLCULO 0,00

ALÍQUOTA 0,00 %

DEPRECIÇÃO 0,00

VALOR IPVA 0,00

Licenciamento Anual 101,78

Total: 101,78

Débitos IPVA: Documento não quitou débitos anteriores

VÁLIDO POR 30 DIAS, A CONTAR DA DATA DE AUTENTICAÇÃO DAS TAXAS, IPVA, LICENCIAMENTO E DPVAT ACOMPANHADO DO CRLV DO ANO ANTERIOR

Local de pagamento: Qualquer que seja no Brasil. BRANESCO, CEE e HSRC.

ti COBAN:35605 LOJA:0046 PDV:0001
08/08/2018 BANCO DO BRASIL 10:25:43
426396254 0093

COMPROVANTE DE PAGAMENTOS COM COD.BARRA

Convenio DPVAT SEGURADORA LIDER
Codigo de Barras 86660000001-6 85500924860-7
80011243402-5 27902111823-7
Data do pagamento 08/08/2018
Valor em Dinheiro 185,50
Valor em Cheque 0,00
Valor Total 185,50
NR.AUTENTICACAO 4.988.F13.988.609.C46

ti COBAN:35605 LOJA:0046 PDV:0001
08/08/2018 BANCO DO BRASIL 10:25:53
426396254 0095

COMPROVANTE DE PAGAMENTOS COM COD.BARRA

Convenio GOVERNO DE RORAIMA - IPVA
Codigo de Barras 85600000001-3 63770023201-9
80831011243-4 40220190118-6
Data do pagamento 08/08/2018
Valor Total 163,77
NR.AUTENTICACAO F.3NF.54A.DEA.786.DCL

ti COBAN:35605 LOJA:0046 PDV:0001
08/08/2018 BANCO DO BRASIL 10:25:31
426396254 0091

COMPROVANTE DE PAGAMENTOS COM COD.BARRA

Convenio DETRAN RORAIMA
Codigo de Barras 85690000001-4 01780177201-7
80831011008-1 30084632077-2
Data do pagamento 08/08/2018
Valor Total 101,78
NR.AUTENTICACAO 2.106.AEF.AGA.116.184

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0381184/19

Vítima: DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

CPF: 849.653.122-87

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/11/2018

Titular do CPF: DEBORA THATIANNE
BARBOSA DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA : 849.653.122-87

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: 31/10/2019

Nome: DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

CPF: 849.653.122-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019

Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

CPF: 104.396.626-99

DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190614455 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 09/11/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO QUADRIL DIREITO + JOELHO DIREITO.

Descrição do exame físico: QUADRIL D: TESTE DE PATRICK POSITIVO + LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO/ABDUÇÃO DO MID JOELHO D: LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO; AUSÊNCIA DE FLOGOSE.

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR - RETIDA AO LEITO POR DOIS MESES, COM 01 MÊS RETORNOU AO HOSPITAL DEVIDO DOR EM JOELHO D E FOI INDICADO USO DE ANALGÉSICOS- EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM O ORTOPEDISTA FOI SOLICITADO RNM E OBSERVOU-SE HIPERSOLICITAÇÃO DO MECANISMO EXTENSOR FEMOROPATELAR FEZ FISIOTERAPIA, ALTA OUTUBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL E JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/11/2019

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 DO QUADRIL E JOELHO DIREITO, 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 completa da mobilidade de um quadril | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 25 % | R\$ 3.375,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190614455 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 09/11/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO QUADRIL DIREITO + JOELHO DIREITO.

Descrição do exame físico: QUADRIL D: TESTE DE PATRICK POSITIVO + LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO/ABDUÇÃO DO MID JOELHO D: LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO; AUSÊNCIA DE FLOGOSE.

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR - RETIDA AO LEITO POR DOIS MESES, COM 01 MÊS RETORNOU AO HOSPITAL DEVIDO DOR EM JOELHO D E FOI INDICADO USO DE ANALGÉSICOS- EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM O ORTOPEDISTA FOI SOLICITADO RNM E OBSERVOU-SE HIPERSOLICITAÇÃO DO MECANISMO EXTENSOR FEMOROPATELAR FEZ FISIOTERAPIA, ALTA OUTUBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL E JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/11/2019

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 DO QUADRIL E JOELHO DIREITO, 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 completa da mobilidade de um quadril | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 25 % | R\$ 3.375,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190614455 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 09/11/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO RAMO PÚBLICO À DIREITA, SEM DESVIO. P2
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO. P1/12

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: @15 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 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: 3190614455 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 09/11/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO RAMO PÚBLICO À DIREITA, SEM DESVIO. P2
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO. P1/12

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: @15 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 completa da mobilidade de um quadril | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |

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: 25/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000038161-5

Nr. da Autenticação 55FF91AF9F4E5F90