

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, retorno 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,



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: **Dilma Thatiannne Barbosa de Lima**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: **Dilma Thatiannne Barbosa de Lima** 6 - CPF: **849.653.122-87**
 7 - Profissão: **Auxiliar de Secretaria** 8 - Endereço: **Rua Paraíba** 9 - Número: **1353** 10 - Complemento:
Santa Teresinha 11 - Bairro: **Boa Vista** 12 - Cidade: **Boa Vista** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69.314.092**
 15 - E-mail: **debara-thatiannne@hotmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(45)99143-3845**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TÚTOR 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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** 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 IMI - 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) 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (na 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

Impossível
declarar da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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:

Débora Thalliane Barbosa de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Débora Thalliane Barbosa de Lima

6 - CPF:

849.653.122-87

7 - Profissão:

Atividade

8 - Endereço:

Rua Pinheiros

9 - Número:

1553

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Santa Terezinha

12 - Cidade:

Bragança

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

69.314.002

15 - E-mail:

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)

AGÊNCIA: 0853 013

CONTA: 33433

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 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 (v/nascer)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

 Sim Não

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
vítima ou
representante
legal
não aceitável

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

40 - Local e Data, Boa Vista, PA, 30/06/2019

Débora Thalliane B. de Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



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

498921

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 Scioti 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

EN VOLVIDO(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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 849.653.122-87

17 JAN 2019

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 1353

Logradouro: Rua Piraíba

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão José Razza, 414 - Boa Vista - RR

Bairro: Santa Teresa

Telefone: (95) 99143-3845 (Celular)

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	Envolvidos
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

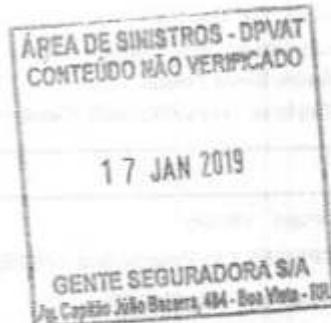
Erico Wallace Bessa Rocha
Responsável pelo Atendimento

Debora Thatianne Barbosa de Lima
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(x) responsável pelas informações acima assentadas e que poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 329-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro." *[Signature]*

JAN. 2019

DELEGACIA DE POLÍCIA
DE ACIDENTES DE TRÂNSITO



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do Sítio ou ASL:

3 - CPF da vítima:

849.653.122-87

4 - Nome completo da vítima:

Débora Thalíane Barbosa de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DA RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCLE AS SUAS DA ACASO/2022

5 - Nome completo:

Débora Thalíane Barbosa de Lima

6 - CPF:

849.653.122-87

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Art. Secretaria

Rua Pinheiros

11 - Bairro:

Santa Tereza

12 - Cidade:

Bragantina

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.314.082

15 - E-mail:

999-99999999

(65) 99113-5845

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 REUSO INFORMAR
 SEM RENDA R\$1.001 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 (número da sua conta bancária, assimilada ou equivalente) Bradesco (297) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0653

013

CONTA: 33433

AGÊNCIA:

CONTA:

Inserir o dígito de verific.

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

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA 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 da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.134/74), uma vez que:

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

Se ciso o prazo de 90 (noventa) dias da minha pedido de indenização ao Seguro DPVAT, por Invalidez permanente, com base na documentação médica e Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente, de trabalho causado por veículo automotor, conforme a disposto na Lei nº 6.134/74.

Declaro que esta declaração não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso elacionado ao seu interesse.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

 Solteiro Casado (e casado) Separado (e separado) Viúvo (e viúvo) Divorciado (e divorciado) Separado (e separado) Solteiro (e solteiro) Casado (e casado) Separado (e separado) Viúvo (e viúvo) Divorciado (e divorciado)

24 - Vítima:

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

 Sim Sim Sim Sim Sim Sim Não

25 - Gênero:

 Feminino Masculino

26 - Vítima deixou testamento(s):

 Sim Não

27 - Se viúva deixou testamento(s), informar o nome completo:

 Sim Não Sim Não Não

28 - 1º | Nome:

CPF:

29 - 2º | Nome:

Assinatura da testemunha

30 - 3º | Nome:

CPF:

31 - 4º | Nome:

Assinatura da testemunha

32 - 5º | Nome:

CPF:

33 - 6º | Nome:

Assinatura da testemunha

34 - 7º | Nome:

Assinatura da testemunha

35 - Nome legível da 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 - Local e Data:

Assinatura da testemunha

39 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

40 - Assinatura do Procurador (se houver):

41 - Endereço do Representante Legal (se houver):

42 - Assinatura do Procurador (se houver):

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

TERMO DE ABERTO DE BOA VISTA	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: <u>14/12/18</u>	RG: _____	TESTEMUNHA 01: <u>Stephanie</u>	RG: _____
TESTEMUNHA 02: <u>Rubricona</u>	RG: _____			

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO																																																																
IG p/ semana:	Movimentos fetais:	01 gelo de espuma de xampu, 01 agulha gótica, 01 sujeira 20ml e 01 equipo vacuo, 01 spray de olímpio, 01 titatil 40mg, 01 nescongás descontaminar, 01 luvas de procedimento e m																																																																
Perda de líquido:	BCF:																																																																	
<input checked="" type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão																																																																		
<table border="1"> <tr> <td>Abertura Ocular:</td> <td>Classificação:</td> <td>Pontos</td> </tr> <tr> <td>Olhos abertos previamente à estimulação</td> <td>Espremendo</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Abertura ocular em 10s de vez normal ou em vez atip.</td> <td>Aq. Sigm.</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Abertura ocular após em estimulação de extremidade das dedos</td> <td>A Pressão</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Audição persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência</td> <td>Ausentes</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Outros fechados devido a fator local</td> <td>Não Testável</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Resposta Vocal</td> </tr> <tr> <td>Resposta dirigida relativamente ao nome, local e data</td> <td>Orientada</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Resposta não dirigida mas comunicativa coerente</td> <td>Confusa</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Palavras isoladas ininteligíveis</td> <td>Palavras</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Aparece gritando</td> <td>Sons</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Audição de resposta inativa, sem fatores de interferência</td> <td>Ausente</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Fator que interfere com a comunicação</td> <td>Não Testável</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Resposta motora</td> </tr> <tr> <td>Comprimento de ordens com 2 ações</td> <td>A ordens</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Desvio de milo acima do nível da cintura ou ao envolver o colo ou o pescoço?</td> <td>Localizadora</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não normal.</td> <td>Flexão normal</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal.</td> <td>Flexão anormal</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Extensão do membro superior ao nível do cotovelo</td> <td>Extensão</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Audição de movimento dos membros superiores/infantis, sem fatores de interferência.</td> <td>Ausente</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Fator que limita resposta motora</td> <td>Não testável</td> <td>0</td> </tr> </table>				Abertura Ocular:	Classificação:	Pontos	Olhos abertos previamente à estimulação	Espremendo	0	Abertura ocular em 10s de vez normal ou em vez atip.	Aq. Sigm.	0	Abertura ocular após em estimulação de extremidade das dedos	A Pressão	0	Audição persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausentes	0	Outros fechados devido a fator local	Não Testável	0	Resposta Vocal			Resposta dirigida relativamente ao nome, local e data	Orientada	5	Resposta não dirigida mas comunicativa coerente	Confusa	0	Palavras isoladas ininteligíveis	Palavras	0	Aparece gritando	Sons	0	Audição de resposta inativa, sem fatores de interferência	Ausente	0	Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	0	Resposta motora			Comprimento de ordens com 2 ações	A ordens	5	Desvio de milo acima do nível da cintura ou ao envolver o colo ou o pescoço?	Localizadora	0	Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não normal.	Flexão normal	0	Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal.	Flexão anormal	0	Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	0	Audição de movimento dos membros superiores/infantis, sem fatores de interferência.	Ausente	0	Fator que limita resposta motora	Não testável	0
Abertura Ocular:	Classificação:	Pontos																																																																
Olhos abertos previamente à estimulação	Espremendo	0																																																																
Abertura ocular em 10s de vez normal ou em vez atip.	Aq. Sigm.	0																																																																
Abertura ocular após em estimulação de extremidade das dedos	A Pressão	0																																																																
Audição persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausentes	0																																																																
Outros fechados devido a fator local	Não Testável	0																																																																
Resposta Vocal																																																																		
Resposta dirigida relativamente ao nome, local e data	Orientada	5																																																																
Resposta não dirigida mas comunicativa coerente	Confusa	0																																																																
Palavras isoladas ininteligíveis	Palavras	0																																																																
Aparece gritando	Sons	0																																																																
Audição de resposta inativa, sem fatores de interferência	Ausente	0																																																																
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	0																																																																
Resposta motora																																																																		
Comprimento de ordens com 2 ações	A ordens	5																																																																
Desvio de milo acima do nível da cintura ou ao envolver o colo ou o pescoço?	Localizadora	0																																																																
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não normal.	Flexão normal	0																																																																
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal.	Flexão anormal	0																																																																
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	0																																																																
Audição de movimento dos membros superiores/infantis, sem fatores de interferência.	Ausente	0																																																																
Fator que limita resposta motora	Não testável	0																																																																

Vitória troncoestático, rebisco moto x caos. Encolhava-se ao solo querendo-se de lombatória glágonas 15. Colocava-se adiante real + movendo + no rock realizando renopuncado + anergia, suas utras distorções conduzida ora GR IHEGR sur of tuoreges. Cxg Shytle Soutz cora 298 169

Relatório Médico

Paciente Válvia de Souza de Mato Vs copo Encardir da no local am Regulamento lateral D Por apresentar dor interno na Região lombaracia No momento em BEG LOTE SAS ALV. BLRR NF2/T SIS AR: MV(+)/RS - Toxox e Sclerose Encardir Encaminhada para o PSF de Litorânea Dr. Júlio Henrique A. MÉDICO CRMAES 1322



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0046641-7

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene 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 autorizado 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 outubro de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2018	05/02/2019	344	321,69

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

ROT: 6.001.13.16.155500

DADOS DA LEITURA	KWh	DATA	DADOS DA LEITURA	DATA
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	FCAN	Advertencia:	26/12/2018

NORMA

29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fret.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	TB81729205 N_150696*	1.1.1.2		282
HISTÓRICO kWh					
Mês/ano consumo					
NOV/18	195	CONSUMO	344 A R\$ 0,791912 =	272,41	
OUT/18	219	VISTORIA DE UC		9,55	
SET/18	165	CORRECAO MONETARIA DA 10/18-00		0,03	
AGO/18	166	CORRECAO MONETARIA IG 10/18-00		0,30	
NOV/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 IMPO 10/18-00		0,35	
MAR/18	211	ILLUMINACAO PÚBLICA		35,58	
FEV/18	201				
TARIFAS DE REFERÊNCIA					
0 A 344 - 0,6403					

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISOS / DE AVISO

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FALURA, PODER SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
LIGUE 1800001122 E FAÇA UMA VENDETE 7 6 11 14 21 76
Porobens! Até o dia 21/12/2018, não constituiam faturas vencidas nesse Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTABILIZAÇÃO		IMPOSTOS/REFLETOS/RÉ	
Distribuição:		Baixa de Cálculo:	
Energia:	67,58	Aliquota ICMS:	272,41
Transmissão:	143,30	Valor do ICMS:	17,00%
Encargos:	0,00	Valor do PIS:	46,30
Tributos:	7,44	Valor do COFINS:	1,38

AVISO: PADRÃO DE CONTABILIZAÇÃO

4.55 17/01/2019 2019 4.56 18/01/2019 4.57 19/01/2019

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

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

**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: 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 ANALGÉSICOS- EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM O ORTOPEDISTA FOI SOLICITADO RNM E OBSERVOU-SE HIPERSOLICITAÇÃO DO MECANISMO EXENSOR 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: V?TIMA N?O 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. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

QUADRIL - Lado Direito

JOELHO - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

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)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
CPF - 378.315.502-91
CRM/RR - 1032

Reboucas
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	
<input type="checkbox"/>	Vermelho	<input type="checkbox"/>	Vermelho
<input type="checkbox"/>	Laranja	<input type="checkbox"/>	Laranja
<input type="checkbox"/>	Amarelo	<input type="checkbox"/>	Amarelo
<input type="checkbox"/>	Verde	<input type="checkbox"/>	Verde
<input type="checkbox"/>	Azul Ass.:	<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.

1801032960	09/11/2018 12:54:33	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	13	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA		02/11/1993	25 A 0 M 7 D	702508354277336	84965312287	00058171	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Naturalidade		
IGNORADO	3077004	RR		F	SOLTEIRO(A) PARDA	BOA VISTA - RR	
Mãe				Pal		Contato	
NAJRA TIANE BARBOSA DE LIMA					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	Sia Prenatal		
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA						
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.					
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA						
Queixa Principal	<input checked="" type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
	GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 15						
Anamnese de Enfermagem							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)							
Exame Físico							
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO							
Hipótese Diagnóstica							
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão Júlio Barreira, 444 - Boa Vista - RR							
SADT - Exames Complementares							
PREScrição	APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO			
DAPV	05						
ESR 35 mm/hora	I						
D. Hidroco/ p/SA	Fator						
Pilo +1.40g	Fator						
(S) Médico CPM-RR 1883							
 Instalação vesical de mola							
Conduta							
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica							
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido							
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia							
<input type="checkbox"/> Transferência para: ORTOPEDIA							
Óbito							
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família						
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico				

ÁREA DE SINISTROS - DPOAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av Capitão Júlio Bezerra, 454 - Boa Vista - RR

On top of
a mass of snow
with many trees
visible.

Rx com frust sém
resvto no ramo avançado
Sém ouros fumosos
id: On top of
a mass of snow
with many trees
visible.



DR. ALBERTO LIMA DA SILVA
Medico Designado e quem assinou
Título de Especialista P.R.E.T.O - 12003



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO 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, 484 - Boa Vista - RR

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

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: Integros, 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.

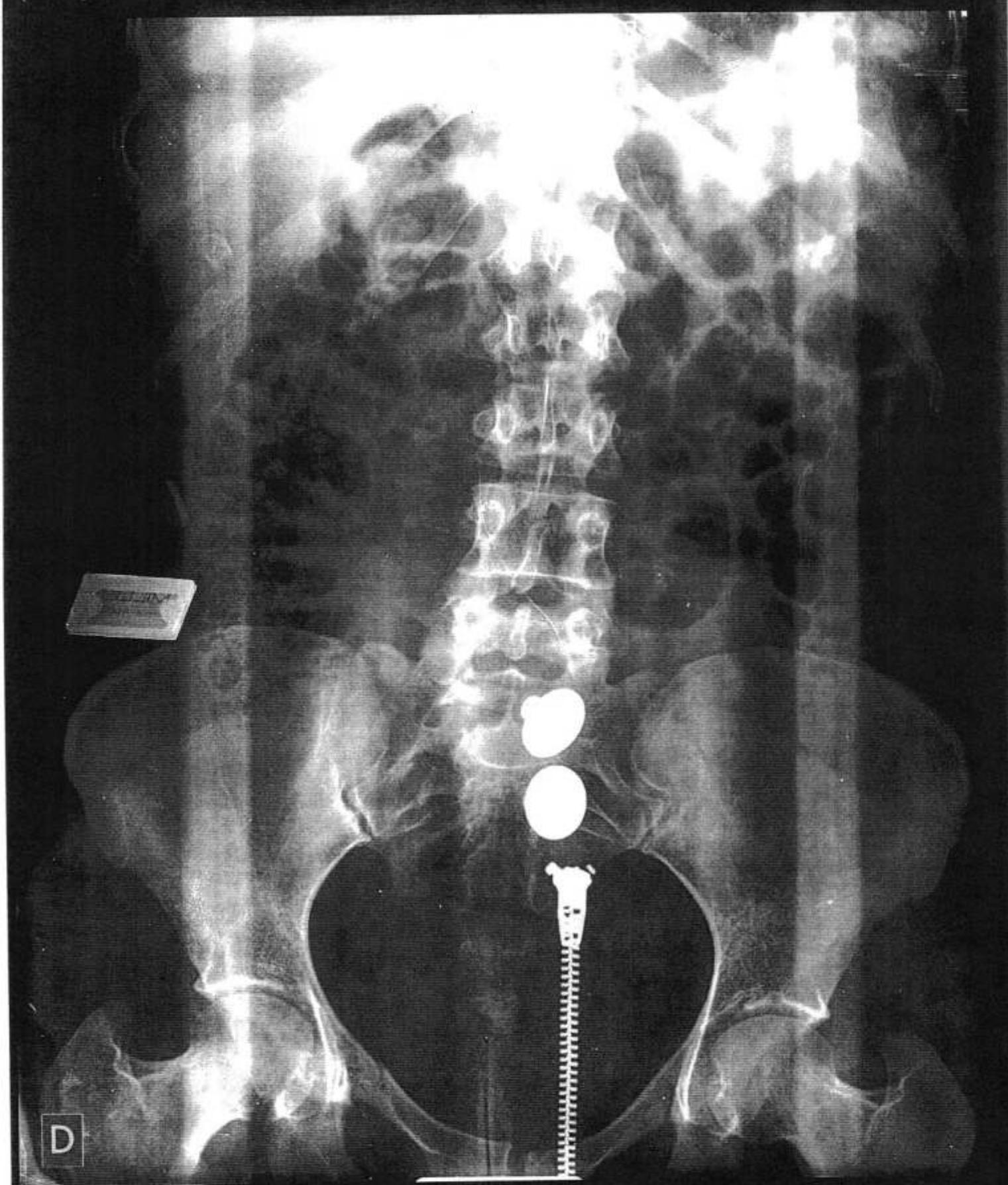
Boa Vista – RR, 9/11/2018 16:25

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

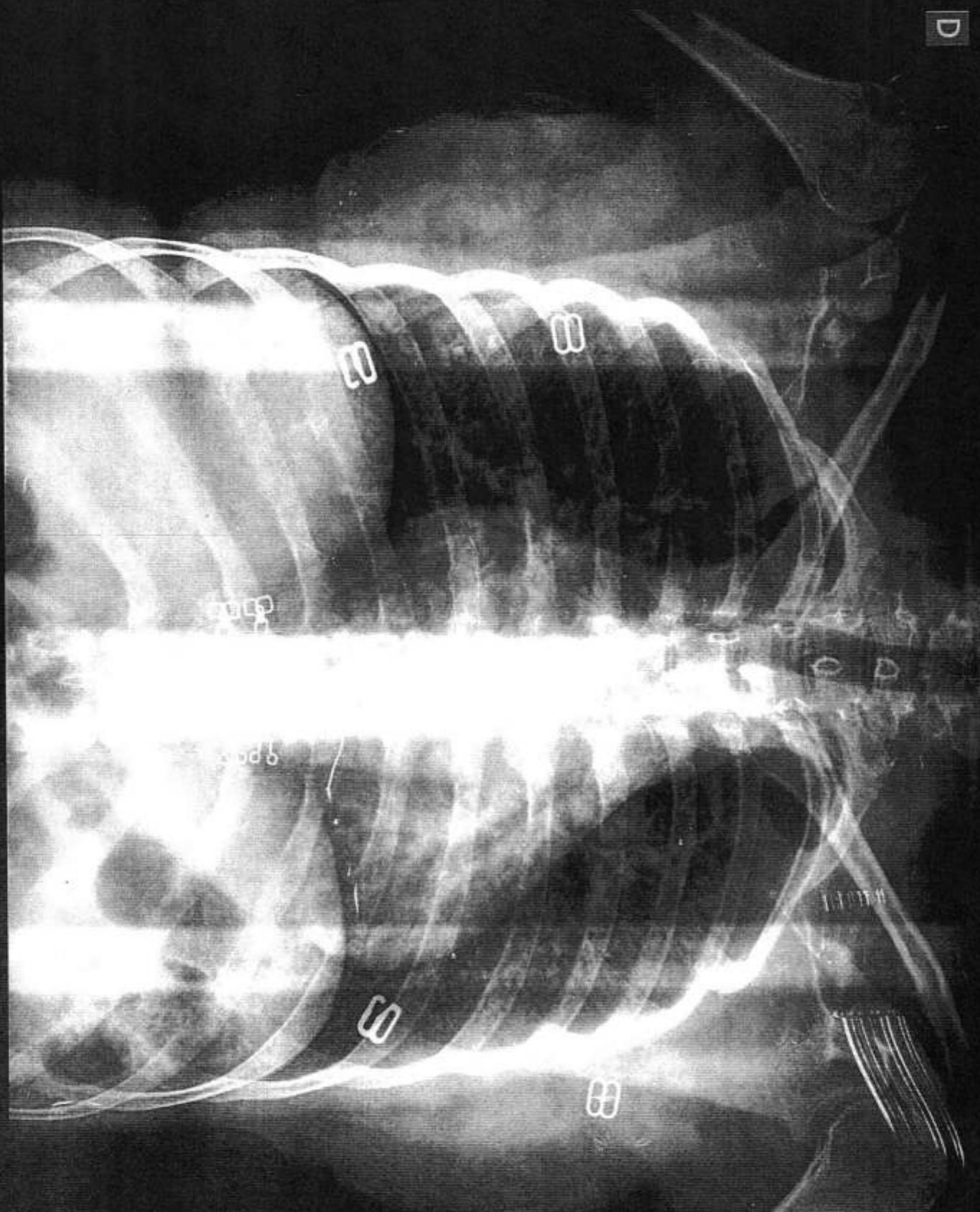
9/11/2018 13:30:06

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 %



4.9%

9/11/2018 13:30:06

75.2%

9/11/2018 13:30:06

D
DEBORA THATIANE BARBOSA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ROSANGELA

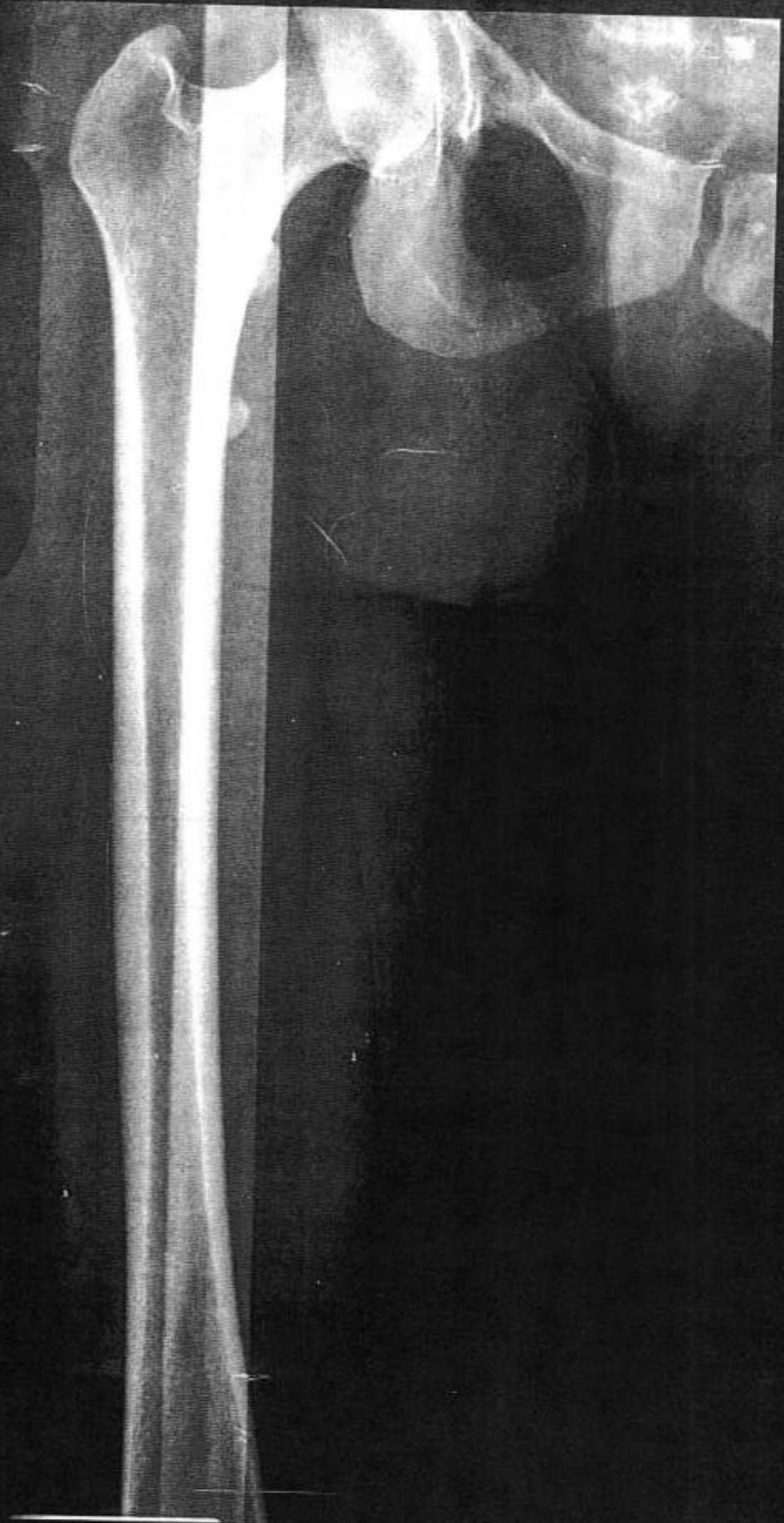


, DEBORA THATIANE BARBOSA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ROSANGELA

D



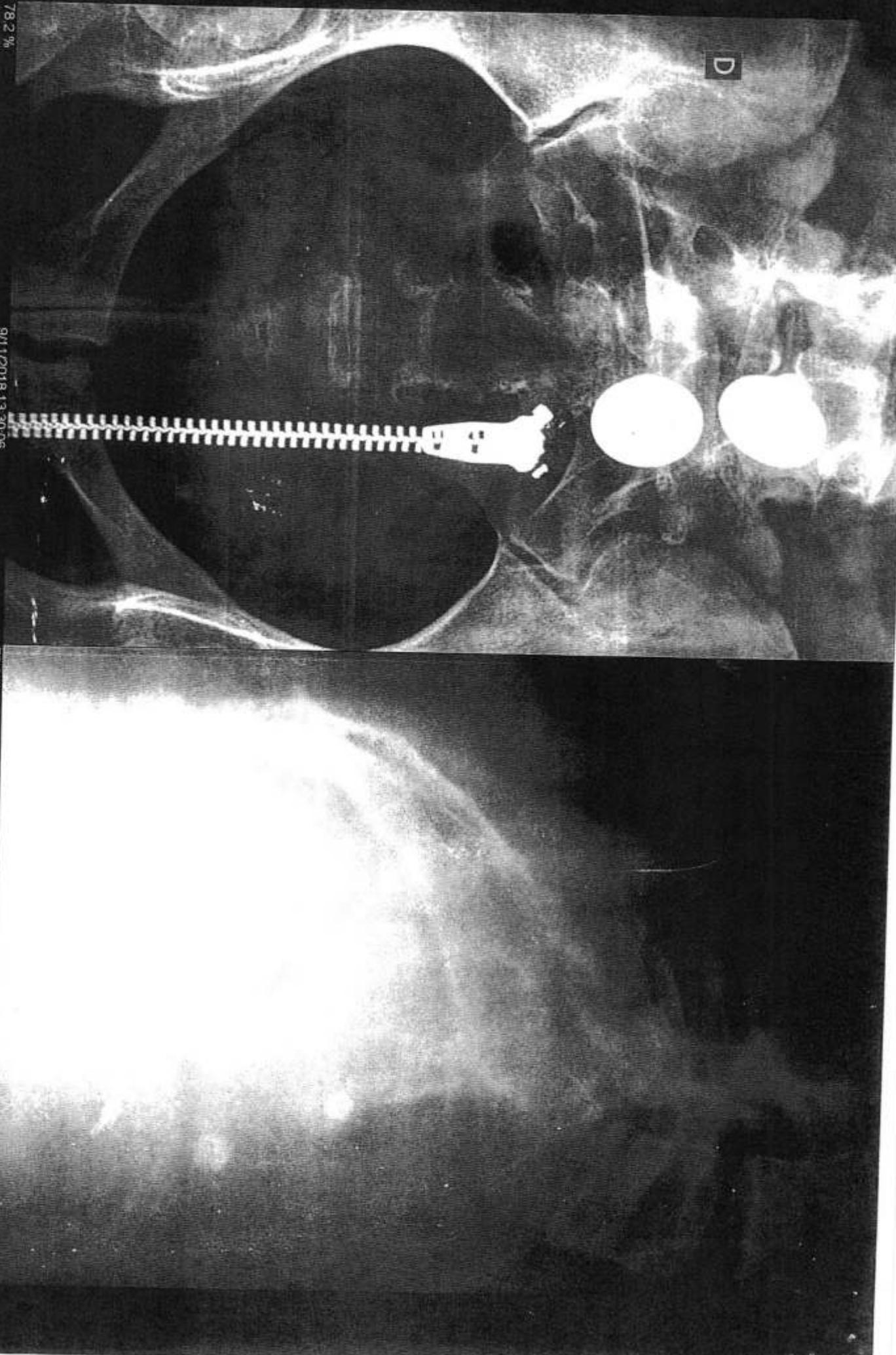
DEBORA THATIANE BARBOSA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ROSANGELA

9/11/2018 13:30:06

53.7 %



D

78.2 %

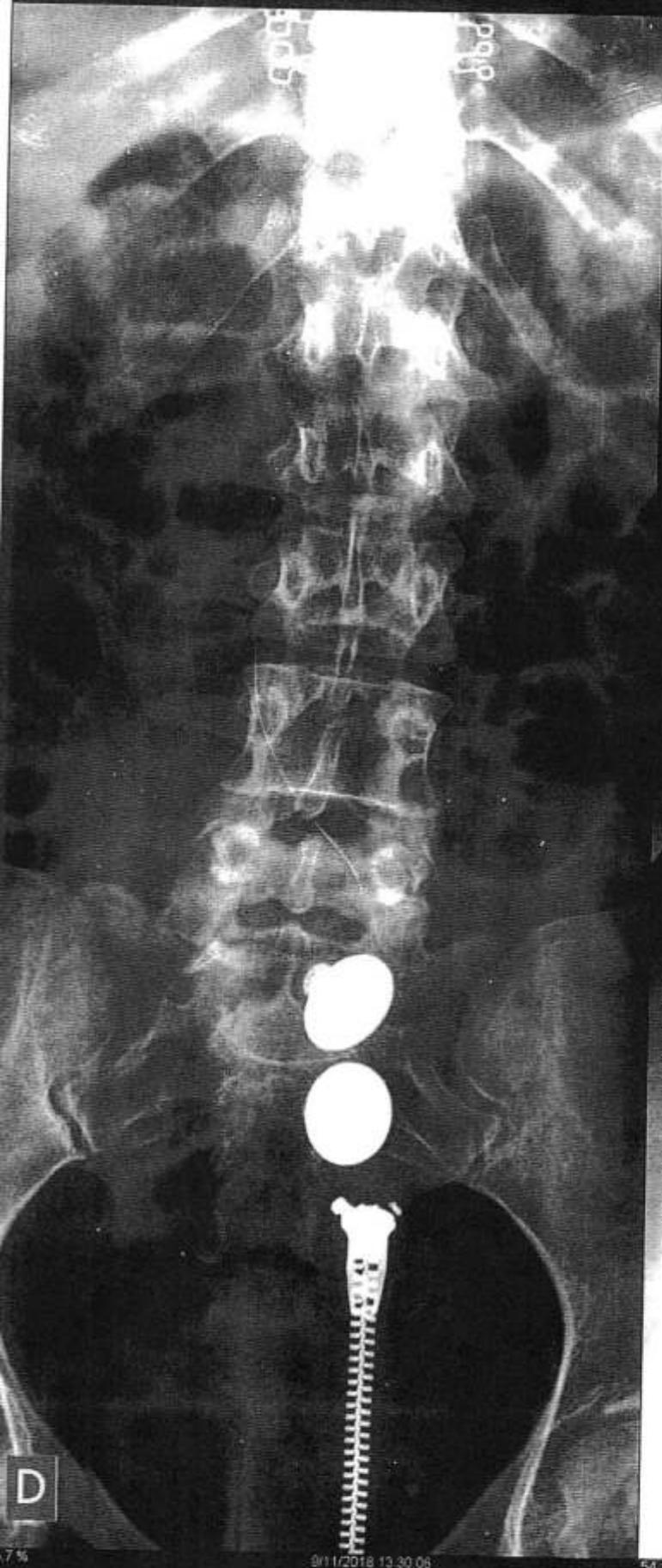
9/11/2018 13:30:06

73.6 %

9/11/2018 13:30:06

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
.DEBORA THATIANE BARBOSA

TR.ROSANGELA



D

7%

DEBORA THATIANE BARBOSA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

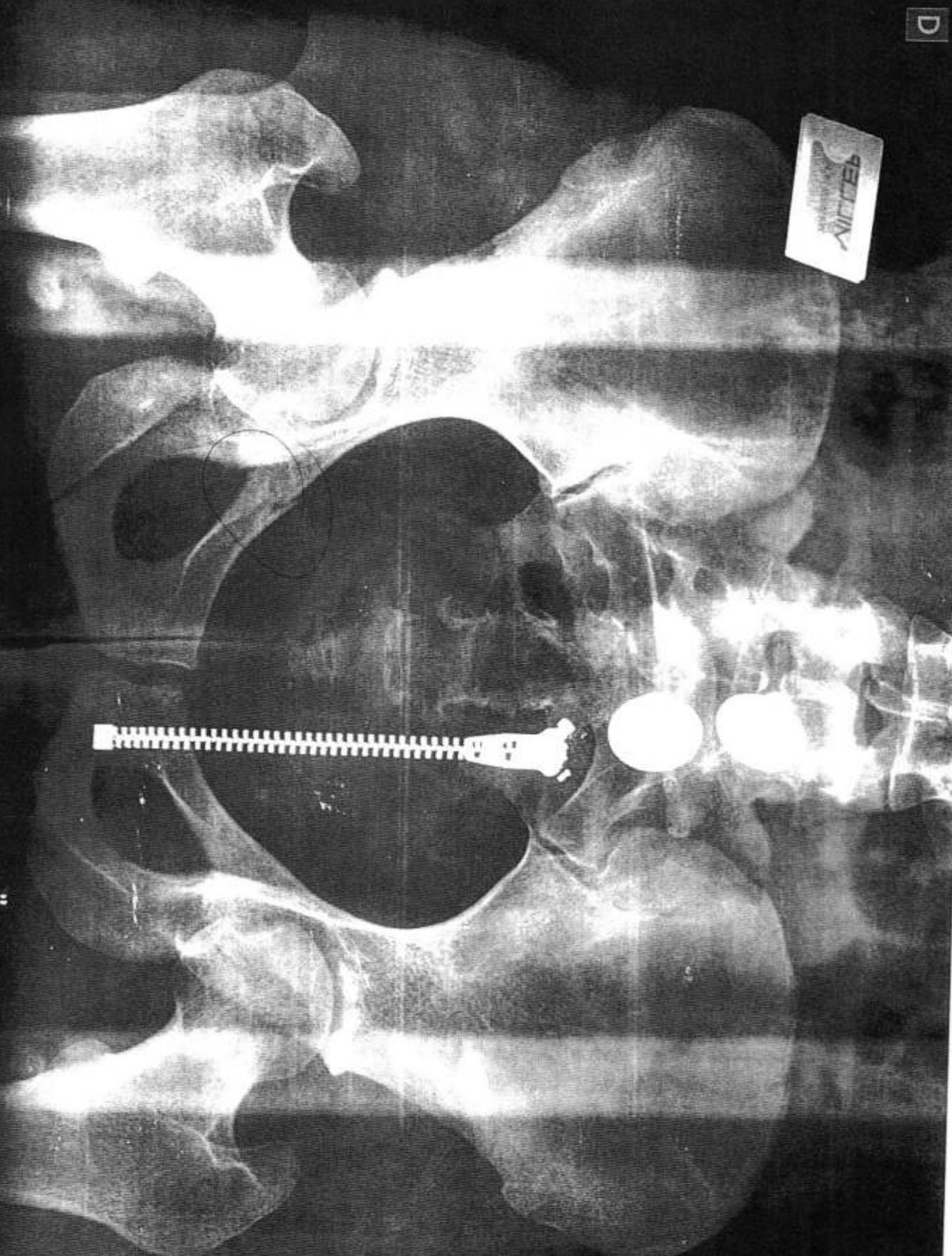
9/11/2018 13:30:06

54,1%

9/11/2018 13:30:08

TR. ROSANGELA

D



, DEBORA THATIANE BARBOSA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ROSANGELA

9/11/2018 13:30:06

62.1 %

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Zonal de Manaus - FAAR / PSFE
Av. Brigadier Eduardo Gómez, 3309

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Zonal de Manaus - FAAR / PSFE Av. Brigadier Eduardo Gómez, 3309	1ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação
	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.

1531040899

14/12/2010 14:13:38

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 18

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA	02/11/1993	25 A 1 M 12 D	702508354277336	84965312287	00058171
Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IGNORADO	3077004	RR	F	SOLTEIRO(A)	PARADA
Mãe				Naturalidade	
NAJRA TIANE BARBOSA DE LIMA				BOA VISTA - RR	Contato
Endereço				ANTONIO WILSON PEREIRA DE LIMA	(95) 99143-3845
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
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				Pressão
Selar	Tipo de Chegada				
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA		Procedimento Sol.		
Caixa Principal					
			<input type="checkbox"/> Síndrome Febril	<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório	<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue

Dois m/ feridas gl. do joelho (lateral e medial) com edema e dor (mín 4 a 5 mês).

Anamnese de Enfermagem

ISSA 48S, Om e Alcool	GSC	TOTAL
Anamnese: (HORA DA CONSULTA) 14:14	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Paciente refere acidente motociclistico há 4 mês, com ausência de movimento do joelho (lateral e medial) com edema de menor? (lateral e medial)

Hipóteses Diagnóstica

Edema joelho (lateral e medial)

SADT - Exames Complementares

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

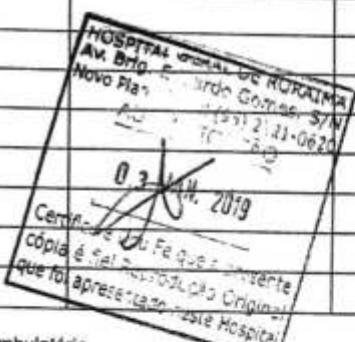
PRESCRIÇÃO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2010

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO



Conduta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta e Reenvia
- Transferência para:

Otopediia

 Ambulatório Observação (Até 24h) Internação

Data e Hora da Saída/Alta: _____

 IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: antonia_soares
Data Hora: 14/12/2010 14:14:38

Dra. Daniella Coço Thomé
Carijibo e Assinatura do Médico
Médica Clínica
PAAR/PSFE
CRM-RR 1690



Ort Dr Bruno F.

Pct item de tracem se jeceli n° 2 Andris
n° 300 bloco, Queen aber mor msn

DF: si sono flayse e jeceli, fdr si retrou

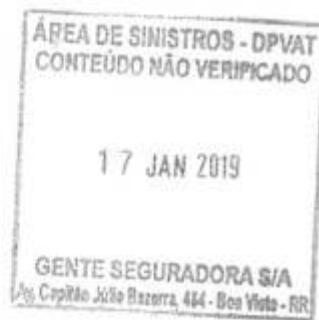
RA: n° foi envolvi f+ - jeceli

- mō relato que o pvt este agente l. com o

HCR.

(P. omulys + ordeñi)

Dr. Marcos Aguiar
Médico Presidente
Ortopedista e Traumatologista
CRM RR 1995





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA



RECEITUÁRIO

H. Nelson Thome Bimbo, Lda.

Tel. 25-

Casa Redde

Até qd p/ma os proxim. dias
que a faculdade apresenta matos
da Pekin, inventaria em
refúgio, isolado e protegido
de feras. Extra o
referido d. E. (C) (C) (C)
dentre o dia

Dr. Josué Jesus Panque 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

15/12/2011

Assinatura e Carimbo do Médico

Dando Médico

Dilvone Thathanne Barbosa de Lima, CI 3077004 SEP/RR
víctima de acidente de moto sendo constatado dor pélvica
e em femur. Foi realizados exame da RT sendo constatadas
Fractura de bacéus sendo tratada com repouso. Depois alte
hospitalos, paciente mantendo dor e limitações de mobilidade
e joelho direito. Exame da RT apresenta sinais de
atrito/hipersolicitação do mecanismo extensor femoropatelar.
Ao exame periódico com limitações para flexão e
hipersustensão de joelho direito, limitações para esportes
e repetitivos com membro inferior direito, comprometendo
suas atividades laborativas.

Conclusões: Sigue funções permanentes de
membro inferior direito.

Boa Vista, 30/03/2013

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

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



Póster Digital



Debora Thatianne B. de Lima

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO
SERIAL

307700-4

DATA DE
EXPEDIÇÃO

24/05/2016

NOME
DÉBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

FILIAÇÃO

ANTONIO WILSON PEREIRA DE LIMA

NAJRA TIANE BARBOSA DE LIMA

NATURALIDADE

BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO

02/11/1993

DOC. ORIGEM

CERTO NASC 73316 FLS 028-Y LIV A/106

1 OF BOA VISTA-RR

CPF

849.653.122-87 AMADEU ROCHA TRIANI

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

P.1



VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1745534881

NOME DÉBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR	3077004 SESP RR
CPF	849.653.122-87 DATA NASCIMENTO
02/11/1993	
PÁTRIA ANTONIO WILSON PEREIRA DE LIMA NAJRA TIANE BARBOSA DE LIMA	
PERMISSÃO PERMISSÃO	ACE CATEGORIA AB
Nº REGISTRO 07140070101	VALIDADE 04/10/2019
PRIMARIAÇÃO 04/10/2018	
OBSERVAÇÕES	

PROIBIDO PLASTIFICAR

1745534881

Assinatura do Portador
LOCA
BOA VISTA, RR
[Signature] ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARCHES
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR
Assinatura do Emissor

DATA DE EMISSÃO
04/10/2018
84426686545
RR209592460

RORAIMA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

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

CONTRAN		DENATRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIÉADES			
DETAN - RR		Nº 013746224780	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO			
<input type="checkbox"/> 01	01124390222	20BB646QG4E	
DEBORA T BÁRBOSA DE LIMA RUA PIRAIIBÁ SANTA TERESA Nº 01353 BOA VISTA-RH 69314092		PLACA	NAMA317
849.653.422-87		CHASSI	9C2JC7000HR407672
RORAIMA MOTORES LTDA		ESPECIE TIPO	GASOLINA
PLACA ANTIGA:		COMBUSTIVEL	
HONDA/BRZ 110I		ANO FAB/ANO MOD.	2017/2017
CAP/PROT/CAL/		COR PREDOMINANTE	BRANCA
OBSEVAÇÕES			
<p>AL. FID. ADM DE CONS NACIONAL HONDA LTD *</p> <p>PROIB SAIB DA AMAZON OCTD *</p> <p><i>Antonio Francisco Beserra Marques</i></p>			
<p>DETAN-RR DATA 01/08/2017</p> <p>Início</p>			

ÁREA DE SISTEMOS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av Capitão Júlio Ribeiro, 444 - Boa Vista - RR

NOME DO COMPRADOR:	VALOR R\$
RIO:	
ENDEREÇO:	
LOCAL E DATA:	
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (ANHO / MESES/ DDM)	
<p>a) O vendedor tem a obrigação legal de comprovar a venda do veículo no DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas reincidências até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).</p> <p>b) O adquirente tem o 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. 223 do CTB),</p> <p>c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, individualmente na modalidade por AUTENTICAÇÃO.</p>	
DE ACORDO:	
RECONHECIMENTO DO PROPRIETÁRIO	ASSINATURA DO COMPRADOR
E-mail ou telefone	
DATA	



9C2JC7000HR407672

BRAUNA

ZBZ 1101

DATA

Estado de Roraima - SEFAZ - DETRAN - Documento de Arrecadação - DEBORA T BARBOSA DE LIMA RUA PIRAIBA 1383 HONDA/BIZ 110I Ano Fabricação: 2017 9C2JC7000HR407872		Autenticação mecânica - Primeira cota ou cota única	
		Exercício: 2018 Placa: NAW4317 Emissão: 07/08/2018	
		Servicos Solicitados IPVA COTA ÚNICA: 04.100.8300845.3-1	
		RENAVAM 01124340227 BASE CÁLCULO 0,00 ALIQUOTA 0,00 % DEPRECIAÇÃO 0,00 VALOR IPVA 0,00	SEGURO: 05.100.8300847.3-1 LICENCIAMENTO: 01.100.8300846.3-2
Débitos IPVA: Documento não quita débitos anteriores		VÁLIDO POR 30 DIAS, A CONTAR DA DATA DE AUTENTICAÇÃO DAS TAXAS, IPVA, LICENCIAMENTO E DPVAT ACOMPANHADO DO CRLV DO ANO ANTERIOR	
Fim do pagamento. Declaro que houve o pagamento no Brasil RR/ANESCON OFF a HSRC.			

tí 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
Código 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.AUTENTICAÇÃO 4.988.F13.988.609.C46

tí 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
Código de Barras 85600000001-3 63770023201-9
80831011243-4 40220190118-6
Data do pagamento 08/08/2018
Valor Total 163,77
NR.AUTENTICAÇÃO F.34F.510.0ER.766.DEL

tí 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
Código de Barras 85690000001-4 01780177201-7
80831011008-1 30084632077-2
Data do pagamento 08/08/2018
Valor Total 101,78
NR.AUTENTICAÇÃO 2.106.ABF.RGR.116.124

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Braga, 684 - Boa Vista - RR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

5547204

ASL-0381184/19

Vítima: DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

CPF: 849.653.122-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/11/2018

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

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 médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 31/10/2019

Nome: DEBORA THATIANNE BARBOSA DE LIMA

CPF: 849.653.122-87

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 MÍDIO FÍSICO: 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 MÍDIO FÍSICO: 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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO RAMO PÚBICO 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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO RAMO PÚBICO 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: 00000038161-5

Nr. da Autenticação 55FF91AF9F4E5F90