
Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200257456

Vítima: FATIMA DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 23/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FATIMA DA SILVA GOMES

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, contados 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

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 004-093.272-98 4 - Nome completo da vítima: Fátima da Silva Gomes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo: Fátima da Silva Gomes 6 - CPF: 004-093.272-98

7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: AV- PEROLA 9 - Número: 361 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: DRE AILTON Rocha 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69318-734

15 - E-mail: monatosilva638@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 17 - Tel. (DDD): 991144021

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

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, TUTOR OU 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: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 5076 8 CONTA: 20867 1
(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

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Última 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 (val nascit)? ☐ 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 devolta, 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

35 - Nome legível de quem assinou 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 14/07/20

Fátima da Silva Gomes
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Primo do Ulysses Silva
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 006448/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/02/2020 10:32 Data/Hora Fim: 12/02/2020 10:48
Origem: Data: 12/02/2020
Delegado da Polícia: Eric Silva Perolra

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 23/02/2019 10:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Zona Rural
Logradouro: PRÓXIMO A PONTE DO MURUPÚ/BR 174

Tipo do Local: Área Rural

Natureza

20005: ACIDENTE COM LESÕES

Melo(s) Empregado(s)

Não Houve

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FATIMA DA SILVA GOMES (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 19/11/1985 Idade: 34 anos
Naturalidade: RR - Normandia Profissão: Do Lar Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Marlene da Silva Santos Nome do Pai: Carlos Miguel Gomes

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 004.093.272-98
RG - Carteira de Identidade: 344041-9

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: AV PÉROLA
Bairro: DR AIRTON ROCHA/ LOTEAMENTO PÉROLA
Telefone: (95) 99166-3129 (Celular)

Nº: 361

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 686.835.452-53

Renavam 00770492975

Número do Chassi 9BD17141322121335

Número da Carroceria 74664376

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo FIAT/PALIO ELX

Veículo Adulterado? Não

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão

Placa LNQ2590

Número do Motor 5220632

Ano/Modelo Fabricação 2002/2001

Cor CINZA

Município Veículo Boa Vista

Modelo FIAT/PALIO ELX

Quantidade 1 Unidade



Delegado de Polícia Civil: Eric Silva Perolra
Impresso por: Rosana Jucara Vilaca Moreira
Data de Impressão: 12/02/2020 10:48



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006448/2020

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 15/01/2014

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Fátima da Silva Gomes

Exibidor

RELATO/HISTÓRICO

QUE NA DATA, HORA E LOCAL SUPRACITADOS ESTAVA DE CARONA NO VEÍCULO PLACA LNQ2590, QUANDO, AO CHEGAR EM UMA CURVA, OUTRO VEÍCULO VINDO DE PACARAÍMA COLIDIU NA LATERAL DO CARRO EM QUE A COMUNICANTE SE ENCONTRAVA; QUE NO ACIDENTE SOFREU FRATURA NO BRAÇO; QUE FICOU DESACORDADA E NÃO SABE INFORMAR DADOS DO OUTRO VEÍCULO; QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E ENCAMINHADA AO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA-HGR; QUE ESTE REGISTRO É PARA FINS DO SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ASSINATURAS


Rosana Jucara Vilaca Moreira
Agente da Polícia
Matrícula 42000370

Responsável pelo Abandimento


Fátima da Silva Gomes
(Vítima / Comunicante)

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 004-093-272-98 4 - Nome completo da vítima: Fátima da Silva Gomes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo: Fátima da Silva Gomes 6 - CPF: 004-093-272-98

7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: AV- PEROLA 9 - Número: 361 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: DRE AILTON Rocha 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69318-734

15 - E-mail: monatosilva638@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 991144021

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

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, TUTOR OU CURADOR TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (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: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 5076 8 CONTA: 20867 1
(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

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Última 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 (val nascido)? ☐ 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 devolta, 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

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 14/07/20

Fátima da Silva Gomes
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Primo do Ulysses Silva
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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: 30/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FATIMA DA SILVA GOMES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05076-8

CONTA: 000000020867-1

Nr. da Autenticação 3DB283B27AE8B4B4

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcia, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal e Conta de Energia Eletrobras - Série B-1
Regime especial de tributação autorizado pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal: 002478953

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\$)
MARCO/2019	16/04/2019	582	476,44

ALVINDO LAURINDO DE OLIVEIRA
AV PEROLA 361 DR. AIRTON ROCHA
CPF: 00088926990249
CEP: 69.318-734 - BOA VISTA

ROT: 15.001.23.12.093700

DADOS DA LEITURA	kWh	FAVOR	DATAS DA LEITURA
Atual:	10369		Atual: 08/03/2019
Anterior:	9787		Anterior: 06/02/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 08/04/2019
Consumo Medido:	582		Envio: 07/03/2019
Consumo Faturado:	582	FCAM	Atualização: 08/03/2019
	NORMAL		30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	BI	13TDT02514K	1405143	1.1.1.2	209

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
FEV/19 511	CONSUMO 582 A R\$ 0,774280 = 450,63
JAN/19 192	ILUMINACAO PUBLICA 25,81
DEZ/18 190	
NOV/18 211	
OUT/18 218	
SET/18 194	
AGO/18 210	
JUL/18 175	
JUN/18 173	
MAI/18 145	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 582 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO		
Mes/ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 23-03-2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na SEBRAE. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 2.025,15 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
01/2019	179,14	
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26 SE VOCE RECEBE O BOLSA FAMILIA, VOCE TEM DIREITO A DESCONTO NA TARIFA DE ENERGIA, FAÇA O CADASTRO EM NOSSO POSTO DE ATENDIMENTO. MAIS INFORMACOES, LIGUE PARA 0800 7019 120.		

RESERVADO AO FISCO F284.817D.C352.7CC9.85D4.E1F2.F195.92D3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 114,33	Base de Cálculo: 450,63
Energia: 242,45	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 76,60
Encargos: 12,59	Valor do PIS: 0,81
Tributos: 81,26	Valor do COFINS: 3,85

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
2,60			9,00			0,57	

DISTRITO 01/2019 62,99
ROT: 15.001.23.12.093700



MÊS/ANO: 07/2019

VENCIMENTO: 15/08/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO MONATO SILVA

RUA OS. NIM, 00121

CIDADE SATELITE

MOA VISTA BR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

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

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

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

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

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

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

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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



CAER

13:53h Poletti Utomul hemodinamicos,
Uspasina, sem dor cervical, nfr de no
Brço. Acelerado, usparticular, ECG = 15

ABD: RHA(+), ~~diolololo~~, sem sinais de irritação
Peritoneal. Ex + - ECG 30 sem edema,

RX = fratura úmero

PA = 120 x 70 mmHg FC = 80 bpm FR = 18 l/min

CD: A ortopedia
Aguarda TC

Dr. Lúcio
Neurologia
CRM-RJ

Vol 1) Dr. Vitor Paroost

At relim do acidente trânsito

A per evidencial FX úmero E

1. Adu pendulo

2. malogero (pneu confitico - gem) + encunhito no HEM

Reform ao GT D/ demais conduta

- NR 23.02.19 -
passa em frente do espalhamento do carro com duas pessoas presentes

- em glaxogen 15, p. fr. sem olófrat neurologico antes de chegar

- TOC: NORMAL

- TC: sem lesões cerebrais e lesões de base: normais

- X: polifusional
condição neurológica (tratado de coracao)

- AT: Sem conduta, NR (ATA das neurologias)

2. Reparações e tratamento, fraturas

3. Retirar paciente Rigido

Dr. Fabricio F. de Almeida
Neurologista
CRM-RJ 1407
CNS 20154961375000-2

13/581 Pouco uteril hemodinamizant,
 uterino, sem des curvof, rfrer do no
 Braco. Alendado, respativa, ECG: 15
 ABD. RHA @, ~~diastole~~, sem sinais de hipertensao
 Peritoneal. EPT. ECG 30 sem edema,
 RX: fratura ungue

PA: 120 x 70 mm Hg FC: 80 bpm FR: 11 lpm

CD: A ortopedica
 Aquando TC

Dr. L. M. F.

Vol. Dr. Vilto Paracet

Atestado de acidente trânsito

permanencia FX ungue 6

1. da pontada

2. metatarsos (pneu confiliter gear) ²⁰ + luxacao no HEM
 3. fclom do GT 01/ de mas condutla

- em 20 de 13 -
 fclom do GT 01/ de mas condutla

- em 20 de 13 -
 fclom do GT 01/ de mas condutla

- TOC 01/ de 13 -

- TOC 01/ de 13 -

- TOC 01/ de 13 -

- TOC 01/ de 13 -

Dr. Fabrizio P. de Almeida
 Neurologista
 CRM-PR 1401
 OMS 201548813/5000-2



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

PRONTO ATENDIMENTO DR. AIRTON ROCHA

REG: 846/2019	IDADE: 35 ANOS
NOME: FÁTIMA DA SILVA GOMES	SEXO: FEM
EXAME: USG. ABDÔMEN TOTAL	
PROCED.: GT/ VERMELHA	MÉDICO SOLIC.: DRA LIANA LA ROSA

LAUDO ULTRASSONOGRÁFICO

FÍGADO: Em topografia habitual. Forma, volume, contornos e ecotextura parenquimatosa, normais. Ramos portais e veias supra-hepáticas normais. Sistema canalicular biliar intra-órgão de calibre e trajeto normais.

Ausência de sinais de tumor cístico, sólido ou imagem sugestiva de Hematoma.

VESÍCULA BILIAR: Normodistendida. Paredes normais, conteúdo isoecogênico. Colédoco de aspecto e calibre normal.

PÂNCREAS: Forma, volume, contornos e ecotextura normais.

BAÇO: Forma, volume, contornos e ecotextura parenquimatosa normal. Cápsula íntegra.

RINS: Topografias habituais. Formas, volumes, contornos, ecotexturas parenquimatosas e coletoras normais. Relações córtico-medulares normais e mantidas. Ausência de sinais diretos ou indiretos do tumor cístico ou sólido e litíase. Cápsulas preservadas.

VCÍ E AORTA: Trajetos e calibres e normais.

PERICÁRDIO: Não apresentando líquido.

SEIOS COSTO-DIAFRAGMÁTICOS: Íntegros. Ausência de líquido nos seus diferentes níveis.

ESPAÇOS DE MORRISONS: Livres.

BEXIGA: Paredes e conteúdo normal.

FUNDO DE SACO POSTERIOR: Ausência de líquido.

OBS.: No momento deste exame, não se evidenciou líquido livre, nem coleção definida em cavidade abdominal.

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

NÃO HÁ FILME PARA REGISTRO DE IMAGENS

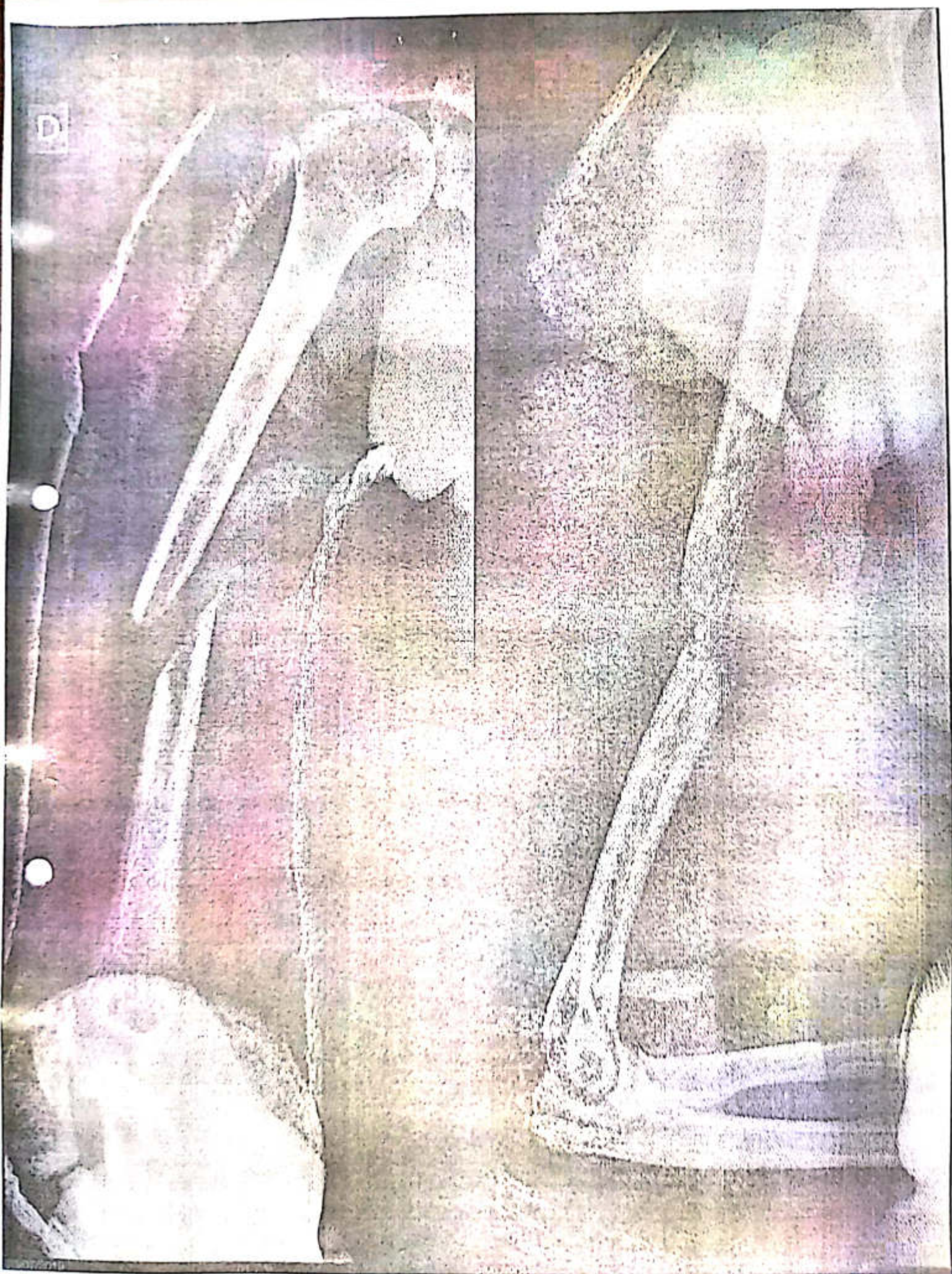
Boa Vista/RR, 24/2/2019 12:45

Dr. Gregório Enrique
CRM-498/RR. TEGO 356. RQE 383



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes n.º 3308 / Bairro Aeroporto
CEP: 69360-000/Boa Vista-RR
Tel: (95)2121-0620



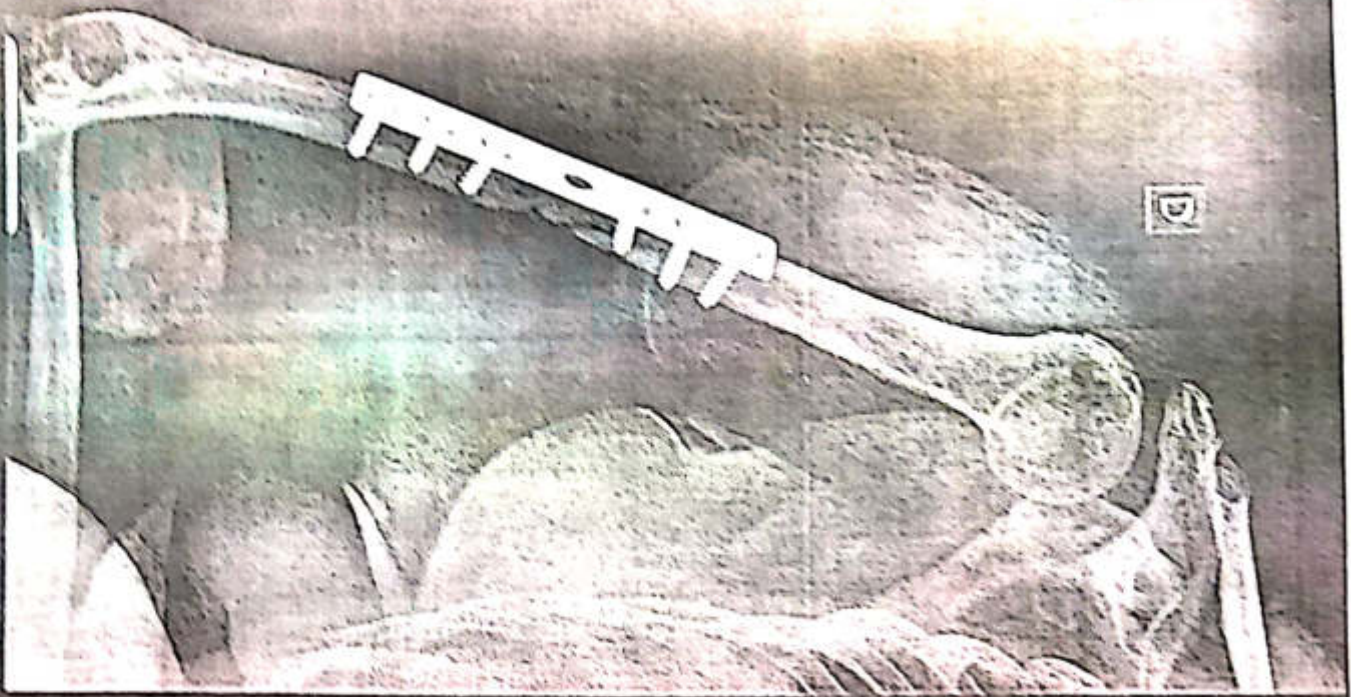


113

D

FATIMA DA SILVA GOMES ,
HOSPITAL GERAL DE BORATIMA

23/2/2019 11:58:07

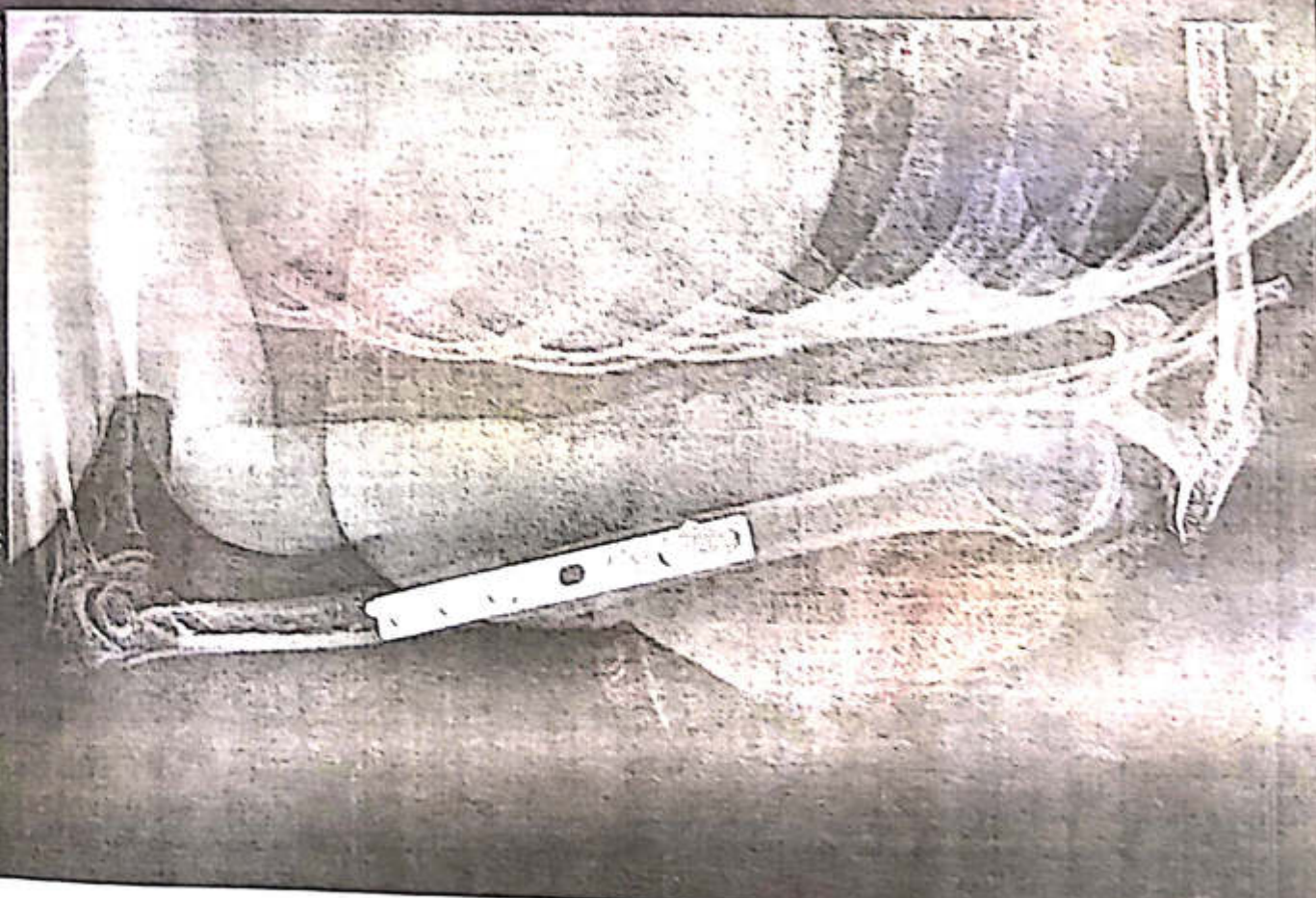


12/23/92

FATIMA DA SILVA GOMES
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
28/05/2019

44.6.9

48221
Feminino



12/23/92

18/11/1985
TR SILVA KASLINARA



44.6.9

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ		
	Polegar Direito	
Raimundo Norato Silva		
ASSINATURA DO TITULAR CARTEIRA DE IDENTIDADE		

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL REGISTRO GERAL 357035-5 DATA DE EMISSÃO 28/01/2016	
NOME RAIMUNDO NORATO SILVA	
FILIAÇÃO VANGELINA PEREIRA SILVA	
NATURALIDADE VARGEM GRANDE - MA	
DOB. GERAL CERTO. NASC 2560 FLS 2 LIV A 43 VARGEM GRANDE - MA	
DATA DE NASCIMENTO 15/09/1963	
CPF 475.628.463-91 3 VTA	
ASSINATURA AMADEU ROCHA TRIANI SECRETARIO DE SEGURANÇA PÚBLICA ESTADO DE RORAIMA	
LEI Nº 7.116 DE 29/02/83	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ORILIO ORIZ

Polegar Direito

Fátima da Silva Gomes

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SERIAL 344041-9

DATA DE EMISSÃO 06/04/2013

NOME FÁTIMA DA SILVA GOMES

FLUXO CARLOS MIGUEL GOMES
MARLENE DA SILVA SANTOS

NACIONALIDADE NOROCCIDENTAL - RR

DOC. ORDEM

CERT. NASC 3405 PLS 213V LIV A-06
2º OF SOA VISTA-RR

DATA DE NASCIMENTO 19/11/1985

004.053.272-98

2ª VIA

ANANÍAS RORAIMA TEGANE

PROIBIDO PLASTIFICAR

Consulta de Veículos na Base Local

Consulta Local por Placa: LNQ2590

Situação: 1-EM CIRCULAÇÃO

DADOS DO VEÍCULO

Placa: LNQ2590 Chassi: 9BD17141322121335 Renavam: 00770492975 Remarcado(S/N): N
Município: 00301-BOA VISTA Marca/Mod: 152420-FIAT/PALIO ELX
Procedência: 1 - NACIONAL Tipo: 06-AUTOMÓVEL Espécie: 01-PASSEIRO
Categoria: 01-PARTICULAR - Combustível: 02-GASOLINA Ano Mod/Fab: 2002 / 2001
Cor: 05-CINZA Cap Passag: 005 Potência: 070 Cilindrades: 0000
Carroceria: 999-NAO APLIC. N° Motor: 5220032 N° Câmbio: L7CDO14205
Faixa Seguro: 01 Deficiente Fiscal: Belo Idoso:
Roubo Furto: N Data da Última Atualização: 03/04/2014 Tax: NAO
Ano Último CRLV Emitido: 2016 Ano Último Licenciamento: 2016 - Autorizado em 13/12/2017
Observações: CSV 13042482-08/2014 N ALT 110MM
Ind. Restrição: 9997 - SEM RESERVA DE DOMÍNIO
Número do Lacre: 0016908201RR
Número de autorização:

DADOS DO PROPRIETÁRIO

Nome: JEFERSON PEREIRA DA COSTA CPF/CNPJ: 886.835.452-53
Endereço: RUA MANOEL FELIPE N°: 998 Bairro: ASA BRANCA
Complemento: NUM Cidade: BOA VISTA Cep: 69312288
Data Aquisição 0km: // Valor 0km: 0,00
Data Transferência: 01/09/2010 Valor: 14500,00 N° Doc. Aquisição:

PROPRIETÁRIO ANTERIOR

Nome: EDMAR PEREIRA DA SILVA CPF/CNPJ: 019.872.242-72
Endereço Anterior: BOA VISTA UF: RR

DADOS DA DOCUMENTAÇÃO

Data CRV: 16/04/2014 N° CRV: ***** Data CRLV: 11/04/2017 N° CRLV: 011885228670

IMPORTAÇÃO

Mostrar

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0202674/20

Vítima: FATIMA DA SILVA GOMES

CPF: 004.093.272-98

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FATIMA DA SILVA GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

FATIMA DA SILVA GOMES : 004.093.272-98

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: 20/07/2020
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

RAIMUNDO NONATO SILVA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200257456 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FATIMA DA SILVA GOMES **Data do acidente:** 23/02/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO DIREITO
TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA O ÚMERO (P.7)
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA AS DEMAIS LESÕES
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200257456 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FATIMA DA SILVA GOMES **Data do acidente:** 23/02/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO DIREITO
TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA O ÚMERO (P.7)
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA AS DEMAIS LESÕES
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Jatima da Silva Gomes
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____
RG: 344041-9 CPF: 004.093.272-98 ENDEREÇO: RUA/AV, Nº 361
AV. PEROLA
BAIRRO: D. AILTON ROCHA CIDADE: BOA VISTA /RR
CEP 69.318.734

VÍTIMA: Jatima da Silva Gomes
CPF: 004.093.272-98 DATA DO ACIDENTE: 23/02/19
NATUREZA: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

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

PODERES:

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



Boa Vista, RR de 12/02 de 2020

Jatima da Silva Gomes
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0202674/20

Vítima: FATIMA DA SILVA GOMES

CPF: 004.093.272-98

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FATIMA DA SILVA GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

FATIMA DA SILVA GOMES : 004.093.272-98

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: 20/07/2020
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO