

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, 24 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200262609

Vítima: GESSICA DE SOUZA RODRIGUES

Data do Acidente: 06/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GESSICA DE SOUZA RODRIGUES

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



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, 27 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200262609

Vítima: GESSICA DE SOUZA RODRIGUES

Data do Acidente: 06/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GESSICA DE SOUZA RODRIGUES

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, 09 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200262609**

Vítima: GESSICA DE SOUZA RODRIGUES

Data do Acidente: 06/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GESSICA DE SOUZA RODRIGUES

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: GESSICA DE SOUZA RODRIGUES

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000052457-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/>
7. N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima	4 - Nome completo da vítima <i>Gessica de Souza Rodrigues</i>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 145/2011				
5. Nome completo:	<i>Gessica de Souza Rodrigues</i>		6. CPF:	<i>997.731.712-72</i>
7. Profissão:	8. Endereço:	9. Número:	10. Complemento:	
<i>vendedora</i>	<i>TV. 5-42</i>	<i>830</i>	<i>Boa Vista</i>	
11. Bairro:	12. Cidade:	13. Estado:	14. CEP:	<i>RR 69.000.000</i>
<i>S. H. Campos</i>	<i>Boa Vista</i>	<i>RR</i>		
15. E-mail:	<i>SILOERRR@HOTMAIL.COM</i>			
16. Tel (DDD): <i>(95) 88404-5368</i>				

DADOS CADASTRAIS

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:

- RECLUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)AGÊNCIA: **0653**CONTA: **52457**

6

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT 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 o fim 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.

Seu ato é prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base em documentação médica que é feita somente a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, e autorizar a Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito e/ou ato violento, autorizado, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro, que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica na renúncia ao direito de contestar a validade do laudo e do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:						
25 - Casado/Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome:								
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (mãescer)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
				<input type="checkbox"/> 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, bem como a 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 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Boa Vista - RR**Gessica de Souza Rodrigues*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PÁGINA: 1 DE 1

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PMRR-CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

Nº

809495

Vtr	SUCP	Data	S/Setor	H/Transm	H/Ini	CH/H	H/Fim
CIPTUR 02	CIPTUR	06/09/18	oeste	7:45	7:45	7:55	8:30
Cód. Oc.	Cód. Prov.						
1001\1003	113999						
Cód. Ser. Prest.	Km/Ini.						
XXXXXXX	69525						
Km/Fim							
69548							

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Rua Izidio Galdino da silva\ Osvaldo Paes
LOCAL Carolino

Senador Helio

Bairro: Campos

Ref.: Cruzamento

PESSOAS RELACIONADAS

¹ ENVOLVIDO Nome: Willians melo de Jesus
 Endereço: Rua Izidio Galdino da silva nº 1649 senador Helio campos
 Edt. R.G 251958 SSP\RR CNH 04500304548 Idade: 29 E. Civil: Solteiro
 CPF 004.433.722-17 TEL XXXxxxxxxxxx Profissão: Taxista

¹ ENVOLVIDA Nome: Gessica de Souza Rodrigues
 Endereço: RUA izidio Galdino da silva nº 3108 senador Helio campos
 Edt. R.G 309916-4 CNH 005299188800 Profissão: Vendedora
 CPF 997.731.712-72 TEL XXXXXXXXXXXXXXXX



David Amaral dos Santos
Func. Civil PM/RR
Mat. 044005222

VEICULOS ENVOLVIDOS E DANOS

V1: Chevrolet\spin, cor: branca, placa: NUL-1617 DANOS: V1: LATERAL FRONTAL E FAROL DIREITOS

V2: HONDA FAN, COR: PRETA, PLACA: NÃO- 8894 V2: AVARIA LATERAL, LADO ESQUERDO.

MATERIAIS APREENDIDOS

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): Não houve conduzidos e/ou apreendidos.

ASSINATURA

CARGO

ARC

LOCAL

DAT

Senhor (a) Delegado (a),

HISTÓRICO

ACINADOS VIA CIOPS PARA ATENDER UMA OCORRÊNCIA DE TRANSITO NO LOCAL ACIMA CITADO, AO CHEGARMOS AO LOCAL DO FATO, O ITEM 01 QUE CONDUZIA O VEICULO V1 INFORMOU QUE TRANSITAVA A RUA IZIDIO GALDINO DA SILVA ANTIGA N21 O ITEM 02 VINHA NO MESMO SENTIDO E CHEGANDO NO CRUZAMENTO COM A RUA OSVALDO PAES CARDINO O ITEM 01 FOI ADENTRAR; NO MOMENTO QUE O ITEM 02 FOI FAZER A ULTRAPASSAGEM OCASIONANDO O SINISTRO. HOUVE DANOS MATERIAIS INFORMADOS ACIMA E DANOS FÍSICOS NA CONDUTORA DA MOTOCICLETA. OS ENVOLVIDOS NÃO QUISERAM ESPERAR A PERÍCIA E O SENHOR: SEBASTIÃO IZIDORIO DA SILVA FILHO, RG: 344.665-4 CPF: 014.124.712-65 (esposo da condutora da motocicleta) ESTEVE NO LOCAL E RESPONSABILIZOU-SE EM ARCAR COM OS PREJUÍZOS MATERIAIS DO ITEM 02 E O SENHOR: MAURICIO FERREIRA DA SILVA, CNH: 04226317071 FICOU RESPONSÁVEL PELA MOTOCICLETA. ERA O QUE TINHA A RELATAR.

S. CRUZ

41.072-1

CADASTRO

3ºSGT QPCPM

Posto/Graduação

CIPTUR

SUOp

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: 04/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GESSICA DE SOUZA RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000052457-6

Nr. da Autenticação EFCA675BEFE1FA43



RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	05/2020	25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
653	11-JUN-20	R\$ 554,71

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

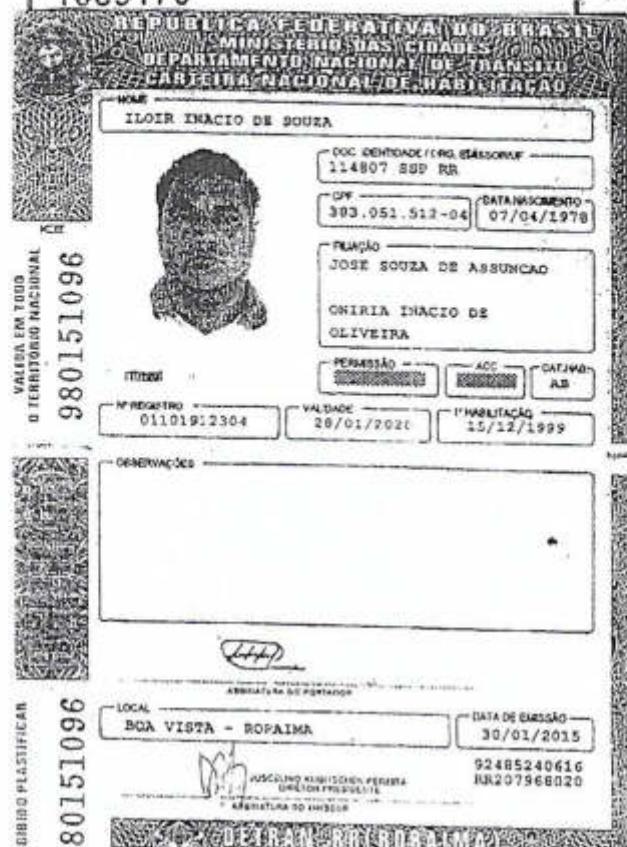
recorte aqui



RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089170	05/2020	R\$ 554,71



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSEC

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308



Impresso por: daniel.viana
Data Hora: 06/09/2018 09:08:11

卷之三

Carimbô e Assinatura do Médico



ORIGEM

DR. MUNIZ

Vítima animal Avulsão de
uma ent. Pm n.º.

PT off fm pr. ex.

(A): Fiss + fissão
removida em 2 dias.

(B): Afix m despena

Fixação ao maxilar fl
pequena curva e csg assentos

Dr Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1817/RR

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº

1428

PREFEITURA
BOA VISTA

Bravo I

UNIDADE:

EQUIPE: tec. Somés

Pand. Luis

192

Paciente: JESSICA DE SOUZA RODRIGUES

Nacionalidade: BRASILEIRA

Endereço: N. 21 C/ 5-16

Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia []

Bairro SENADOR HELIO CAMPOS

Idade: 27 Sexo: FEM.

Nº 16685 DATA 06/09/18

Medico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: Dr. PAULO

HORA J/9: 8:13 BASE VIA () RÁDIO () CELULAR

HORA J/10: 8:25

MOTIVO DO ACONTECIMENTO:

ACONTECIMENTO SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NA BASE [] OUTRO _____

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

MECANISMO DE TRAUMA

(m)

AUTOMÓVEL

- Capotamento
 Atropelamento
 Colisão AUTO X
 Motorista
 Passageiro Banco dianteiro
 Passageiro Banco traseiro

AUTOMÓVEL

- Uso do cinto _____
 Vítima projetada _____
 Vítima encarcerada _____
 Air Bag Acionado _____

VIOLENCIA

- Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto
 Queda, Altura aprox.
 Acidente Doméstico
 Queimadura Agente _____
 Afogamento _____
 Agressão p/ animal _____
 Outros: _____

PEDESTRE

- Atropelamento
 CICLOVIA [] VIA [] CALÇADA
 FAIXA DE PEDESTRE

MOTOCICLETA / BICICLETA

- Colisão MOTO X CARRO
 Colisão Bicicleta X _____

Outro: _____

VIAS AÉREAS

- Livre
 Obstrução Parcial
 Obstrução Total
 Corpo estranho
 Edema da Glote
 Outro: _____

VENTILAÇÃO

- Eupneico
 Apnéia
 Dispnéia
 Bradipnéia
 Taquipnéia
 Roncos
 Sibilos
 Respiração paradoxal

NORMOCARDICO

- Bradicardico
 Taquicardico
 Arritmico
 Enchimento capilar acima de 2"
 Ausente
 Cianose central
 Cianose de extremidade

CIRCULAÇÃO

- Miase
 Midriase
 Anisocoria [] D [] E
 Aparentemente Alcoolizado
 Agitação psicomotora
 Outros (A) _____

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. vispat "DOR"	APGAR
Inicio	8:45	110 x 70	83	96	30.0	—	—	—
Fim	9:05	110 x 80	75	22	40.0	—	—	—

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço
<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão
<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Escoriação	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Lacerção	<input type="checkbox"/> Lacerções	<input type="checkbox"/> Lacerções
<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Hematoma
<input type="checkbox"/> Umida	<input type="checkbox"/> Afundamento	<input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia
<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Fer. penetrante	<input type="checkbox"/> Luxação	<input type="checkbox"/> Enfisema Subcutâneo
<input type="checkbox"/> Cianótica		<input type="checkbox"/> Mandíbula	

Pelvis	Coluna Dorsal	MMSS	MMII
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Luxações
<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Lacerções	<input type="checkbox"/> Lacerções
<input type="checkbox"/> Crepitação	<input type="checkbox"/> Crepitação	<input type="checkbox"/> Fratura	<input checked="" type="checkbox"/> Fratura EXPOSTA
		<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Amputação
		<input type="checkbox"/> Crepitação	<input checked="" type="checkbox"/> Crepitação
			<input checked="" type="checkbox"/> Querido DECO

OCULAR

VERBAL

MOTORIA

- Espontânea 2. Orientado
3. Ao comando 4. Confuso
2. À dor 3. Palavras
1. Sem 4. Inapropriadas
resposta 2. Palavras
incompreensíveis 1. Sem resposta

TOTAL 15

AVALIAÇÃO CARDIÁCA

- Ritmo Sinusal
 Taquicardia
 Bradicardia
 Fibrilar
- Fibrilação atrial
 Fibrilação ventricular
 Assistolia

- Respiratória
 Neurológica
 Psiquiátrica
 Metabólica
 Cardiovascular
- Digestiva
 Infeciosa
 Obstétrica
 Outra _____

HISTÓRIA PREGNANCIA

- Diabetes 2. Alergias
 Cardiopatia 3. Outros

HAS

Medicação de uso:

GRAVIDADE PRESUMIDA

ILESO

PEQUENA

MÉDIA

SEVERA

OBITO

Obs:

MULTIPLAIS MEIOS ACIONADOS

- Cancelamento
 Recusa de Atendimento
 Não se encontrava no local - EVASÃO
 Recusa de hospitalização
 Trote
 Bombeiro no local

- Polícia Militar
 Guarda Municipal
 SMTRAN
 Corpo de Bombeiros
 Outros:

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL

EM 26/10/18

Stephanie

Elder Rodriguez Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Distrito)
Cirurgia Geral
Grad 1275

INCIDENTE

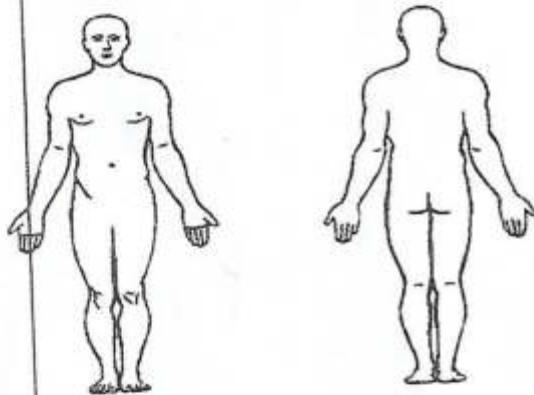
- Iniciada as: _____ [] Término as: _____

RCP

- RCP com sucesso
 RCP sem sucesso
 Obs: _____

DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - HGR <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN	<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros
PERTINÊNCIA DO PACIENTE	Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes <input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min. <input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	
	Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva <input type="checkbox"/> Com cartão da gestante <input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante <input type="checkbox"/> Aborto	
	BCF:		
Descrição:			
Nome do Receptor:			
Função do Receptor:			
Assinatura do Receptor:	Assinatura do Receptor: _____		
TERMO DE RECUSA	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento pré-hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade: Assinatura do Paciente: _____ RG: _____ TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____ TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____		

MATERIAL E MEDICAÇÃO	



Vítima de trauma, capô x moto, vítima condutora moto, vítima sentada sem capacete, boa resposta verbal e motora, vítima gestante 34 meses, c/ lesões na lombar lado direito, fratura exposta em M.I.D., junto de dedo com laceração de extensor, a vítima apresentou dois episódios de desmaio, debilitado, imobilizada com curativo em M.I.D., A.V.P em M.I.D., vítima condizida ao OR. C.O.

26/10/18

Stephanie

MUNDOMAR SIMÕES
Técnico em Enfermagem
COREM/RR 799.600 TE

ASSINATURA E CARIMBO

VERDE

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

Rosália Gomes da Silva
Aux. Serv. Saúde

GR

Vesta
J.W. G.

Assinatura do Paciente ou Responsável

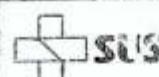
Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: ronilson
Data Hora: 14/09/2018 10:37:27



BLOCO D

Alta 49109



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDÓ PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HGR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HGR

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Gessica de Souza Poomara

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

64804

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

21014810210930163042

8 - DATA DE NASCIMENTO

25/12/90

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Anelia de Souza Rodrigues

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente apresentando fratura do 5º MTT do pé direito

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Traumatismo crônico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

exame fíni + Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura 5º MTT + infecção pe (1)

21 - CID 10 PRINCIPAL / 22 - CID 10 SECUNDARIO / 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

utop

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

I

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Bruno Figueiredo

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

14/9/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Marcelo Bento
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

41 - CBDR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO

44 - AUTÔNOMO

45 - DESEMPREGADO

46 - APOSENTADO

47 - NÃO SEGURO

48 - EMPREGADOR

49 - DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURO

48 - NÃO SEGURO

APOSENTADO

NÃO SEGURO

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CGD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

</



RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44
IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	05/2020	25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
653	11-JUN-20	R\$ 554,71

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

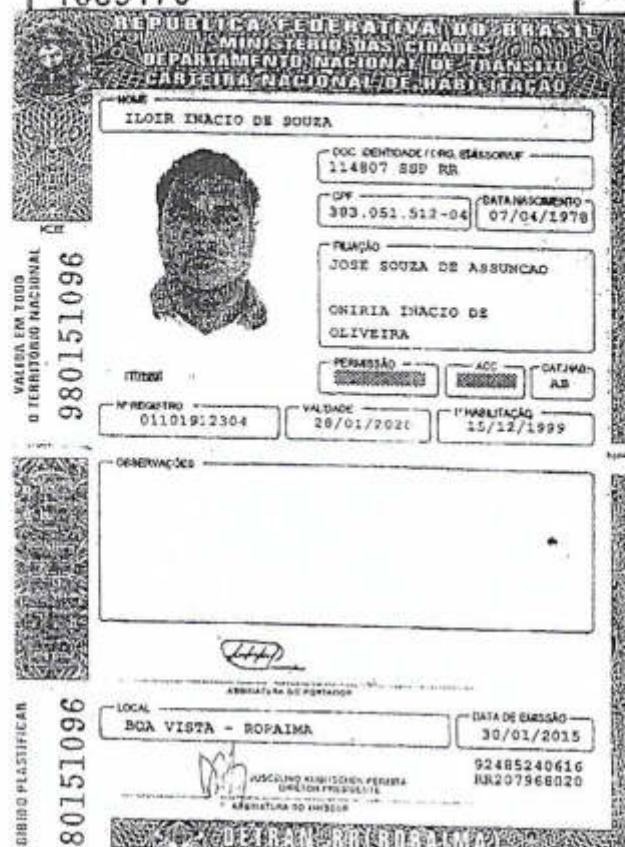
autenticação mecânica

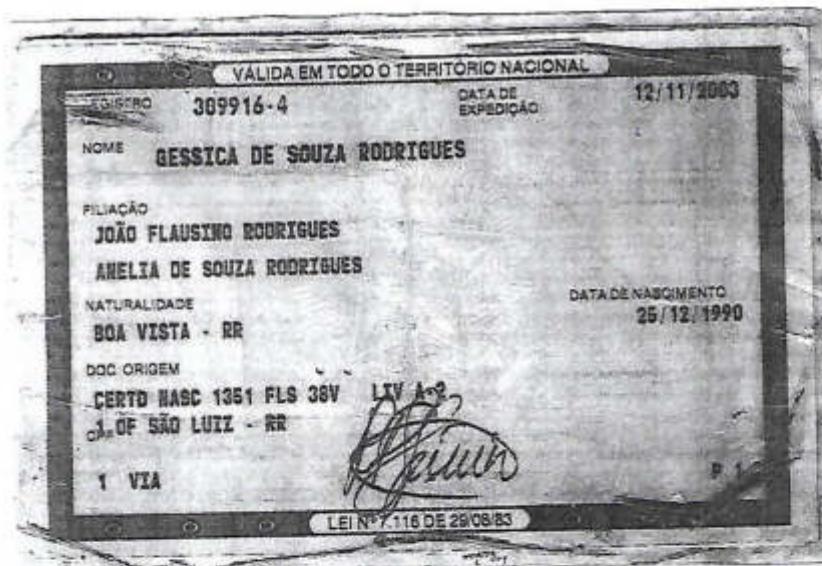
recorte aqui



RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44
IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089170	05/2020	R\$ 554,71





**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:	3200262609
Nome do(a) Examinado(a):	GESSICA DE SOUZA RODRIGUES
Endereço do(a) Examinado(a):	TV S 42 , 136, SENADOR HÉLIO CAMPOS
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	997.731.712-72
Data e local do acidente:	06/09/2018 - CAROLINO RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 30/07/2020

Resultado da Avaliação Médica

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

VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO COM CONSEQUENTE LESÃO EM ARTELHO DO PÉ DIREITO

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

VITIMA FEZ AMPUTAÇÃO DO 5 PODOTÁCTILO D - NÃO RECORDA ALTA

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

PÉ D: CICATRIZ CIRURGICA E AUSENCIA DO 5 PODACTILO D - MOVIMENTOS DOS DEMAIS ARTELHOS SEM ALTERAÇÕES.

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

(X) SIM () NÃO

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

(X) SIM () NÃO

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

PERDA DE 100% DO 5 ARTELHO D

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em_dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de transito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): 5 PODODACTILO DIREITO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Dra. Regina Cláudia Reboucas MenDES AlHO
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

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

Carimbo com nome e CRM

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200262609 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GESSICA DE SOUZA RODRIGUES **Data do acidente:** 06/09/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 5º PODODÁCTILO DIREITO

Descrição do exame físico: APRESENTA 5º PODODÁCTILO DIREITO AMPUTADO.

Resultados terapêuticos: REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA AMPUTAÇÃO DO 5º ARTELHO DIREITO.
ESTÁ DE TAL MÉDICA.

Sequelas permanentes: AMPUTAÇÃO DO 5º PODODÁCTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/07/2020

Conduta mantida:

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200262609 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GESSICA DE SOUZA RODRIGUES **Data do acidente:** 06/09/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METATARSO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA + FIXAÇÃO. ALTA.
P 1/2*/5/6

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO, DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Gessica de Souza Rodrigues

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 309916-4 SSP-RR

ENDEREÇO:

OUTORGADO

NOME: Fláir Smárcio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114.807 SSP-RR

ENDEREÇO: Rua: Antônio P. Galvão, 1832, Buritis

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAL, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 06/09/2018 cobertura Invalidez, vítima:

Gessica de Souza Rodrigues

x Gessica de Souza Rodrigues

OUTORGANTE

BOA VISTA-RR, 21 DE

julho

/2020



CARTÓRIO LOUREIRO

Av. VILA ROY nº 3630 - CENTRO - BOA VISTA/RR - Tel.: (65) 3624-6077 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC. AUTENTICA a(s) assinatura(s)

[CHdmt5w0] - GESSICA DE SOUZA RODRIGUES

PS Em testemunho J. M. da verdade Boa Vista, 21/07/2020

Emol: 2,56, FUNDEJUR: 0,26 FISC: 0,13, FECON 0,13, ISS: 0,13 Vlr. Selo: 1,50

Selo: RECFIR1583450S05GN29YU9W9W03 N° Ticket: 00169

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

CPF Solicitante: 99773171272

Maryj
Mary C.C. Eshell Brigitte
Escrevente Autorizada
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0206494/20

Vítima: GESSICA DE SOUZA RODRIGUES

CPF: 997.731.712-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/09/2018

Titular do CPF: GESSICA DE SOUZA RODRIGUES

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

GESSICA DE SOUZA RODRIGUES : 997.731.712-72

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: 23/07/2020
Nome: GESSICA DE SOUZA RODRIGUES
CPF: 997.731.712-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2020
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

GESICA DE SOUZA RODRIGUES

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA