

---

**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

---

**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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

7 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 997.731.712-72 4 - Nome completo da vítima: Gessica de Souza Rodrigues

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 345/2017

5 - Nome completo: Gessica de Souza Rodrigues 6 - CPF: 997.731.712-72  
7 - Profissão: vendedora 8 - Endereço: TV. 5-42 9 - Número: 136 10 - Complemento:  
11 - Bairro: S. H. Campos 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.000.000  
15 - E-mail: FLOERRR@HOTMAIL.COM 16 - Telefone: (95) 98404-5368

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0653 CONTA: 52457 6 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito se existir) (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, assim que 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 acidente.

Declaro 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 a análise médica presencial, caso necessário, realizada pela Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Se a vítima tem filhos com a vítima: 26 - Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Se a vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Se a vítima deixou nascituro (s) (nascer)?: ☐ Sim ☐ Não 31 - Se a vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Se a 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 em condições 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.

NÃO ALFABETIZADO

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 - RR  
Gessica de Souza Rodrigues  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



## PMRR-CIPTUR

## RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

Nº

809495

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

## LOCAL DE OCORRÊNCIA

LOCAL Rua Izidio Galdino da Silva \ Osvaldo Paes  
Carolino

Senador Helio

Bairro: campos

Refs.: Cruzamento

## PESSOAS RELACIONADAS

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

1 ENVOLVIDA Nome: Gessica de Souza Rodrigues Idade: 27 E. Civil: Casada  
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 XXXXXXXXXXXX



## 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

LOCAL

Senhor (a) Delegado (a),

## HISTORICO

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: SEBÁSTIÃO IZIDORIO DA SILVA FILHO, RG: 344.665-4 CPF: 014.124.712-65 ( esposo da condutora da motocicleta) ESTEVE NO LOCAL E RESPOSABILIZOU-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 1089170	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh) 653	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR 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

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

VALIDA EM TODOS  
 O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

NOME  
 ILOIR INACIO DE SOUZA

FOTO

COD. ENTREGA DE REG. ELEITORAL  
 114807 SSP RJ

CNPJ  
 393.051.513-04

DATA NASCIMENTO  
 07/04/1978

ENDEREÇO  
 JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE  
 OLIVEIRA

PERMISSÃO  
 CONDUTOR

ACC  
 CONDUTOR

CAT. JWB  
 AB

Nº REGISTRO  
 01101912304

VALIDADE  
 30/01/2020

1ª HABILITAÇÃO  
 15/12/1999

REMARKS

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL  
 BOCA VISTA - ROPAIMA

DATA DE EMISSÃO  
 30/01/2015

92485240616  
 RJR207968020

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO TITULAR

750009.000000001081.917005200055



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



1801005269	06/09/2018 09:06:49	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	4
Paciente	Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário
GESSICA DE SOUZA RODRIGUES	25/12/1990		27 A 8 M 12 D	704802093063042	99773171272	00061807
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	3099164	SSP RR	12/11/2003	F	NAO	PARDA
Mãe	ANELIA DE SOUZA RODRIGUES		JOAO FLAUSINO RODRIGUES		BOA VISTA - RR	
Endereço	RUA - IZIDIO GALDINO DA SILVA - 3108 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR					Ocupação
						NÃO INFORMADA

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				
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		DANIEL VIANA		

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

*Queda de moto*

Anamnese de Enfermagem

SPO2: 94% / FC: 80 bpm

GSC TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_h)

Paciente gestante de 36 semanas (SIC) vítima de acidente motociclístico (queda de moto) no lado esquerdo da cabeça em região parietal e pé (E). Em uso de Colar cervical e fralda.

Exame Físico

① sem sinais físicos, além dos lesões em região parietal. ② MV (+) em 2H (+)

③ sem hemorragia. ④ Glasgow 15 RFM ⑤ /mmHg /mmHg /mmHg ⑥ Fratura exposta em pé (E)

Hipótese Diagnóstica

Fratura Pé (E) / Politrauma.

SADT - Exames Complementares

(X) RAO-X (X) ULTRA-SON ( ) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) ECG ( ) OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
① Solicitado Rx coluna cervical e pé ②		
③ Depressão Ig IV Agudo		

Conduta

( ) Alta por Decisão Médica ( ) Ambulatório

( ) Alta a Pedido ( ) Observação (Até 24h)

( ) Alta a Revelia ( ) Internação

(X) Transferência para: *Ortopedia* Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não Destino: ( ) Família ( ) IML Anatomia Patológica / /

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Carimbo

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





ORIENTAÇÃO DR. MARCUS

VITIMA ACIDENTE AUTOMOBILAR  
Q TUBO DE 5000 R\$ (10)  
R\$ 47 por por. exp.

CD: FMC + Gitter  
Requisição em 2 dias.

CD: APTA NA ORIENTAÇÃO

Requisição AO TUBO DE 5000 R\$  
Requisição Tubo de 5000 R\$ e 1500 R\$

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

PREFEITURA BOA VISTA		FICHA DE ATENDIMENTO		Nº	1428	192
UNIDADE: <b>Bravo I</b>		EQUIPE: <b>ter. Simões</b>		<b>Parad. Luis</b>		
Paciente: <b>JESSICA DE SOUZA RODRIGUES</b>		Idade: <b>27</b>		Sexo: <b>FEM.</b>		
Nacionalidade: <b>BRASILEIRA</b>		Raça: <input checked="" type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena-Etnia		Bairro: <b>SENADOR HELIO CAMPOS</b>		
Endereço: <b>N. 21 C/ 5.16</b>						
Nº	16685	DATA	06/09/18	HORA J/9:	8:13	BASE VIA ( )
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM:	Dr. PAULO	HORA J/10:	8:25			( ) RADIO
MOTIVO DO ACIONAMENTO:						
ACIONAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ATENDIDO NA BASE <input type="checkbox"/> OUTRO						
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 a 3 horas ( ) 4 a 24 horas ( ) Mais de 24 horas ( ) Não sabe ( )						
MECANISMO DE TRAUMA						
AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL		VIOLENCIA		OUTROS
<input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão AUTO x <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro <b>PEDESTRE</b> <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> CICLOVIA <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA <input type="checkbox"/> FAIXA DE PEDESTRE		<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Vitima projetada <input type="checkbox"/> Vitima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado <b>MOTOCICLETA / BICICLETA</b> <input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO x CARRO <input type="checkbox"/> Colisão Bicicleta x <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta <input type="checkbox"/> Com capacete <input checked="" type="checkbox"/> Sem capacete <input checked="" type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Garupa		<input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input checked="" type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajetos <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox. <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros:
AVALIAÇÃO INICIAL						
VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Edema da Glote <input type="checkbox"/> Outro		<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input checked="" type="checkbox"/> Respiração paradoxal		<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade		<input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora <input checked="" type="checkbox"/> Outros (A)
SINAIS VITAIS E ESCORES						
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia
Início	8:45 110 x 70	83	26	100%		
Fim	9:05 110 x 80	75	22	100%		
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA						
Pele		Cabeça		Tórax		Abdome
<input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Umida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. penetrante		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento		<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tabua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração
Pelve		Coluna Dorsal		OCULAR		VERBAL
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade <input type="checkbox"/> Crepitação		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Crepitação		<input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> A dor <input type="checkbox"/> Sem resposta		<input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta
MMSS		MMII		MOTORA		
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Crepitação		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Fratura EXPOSTA <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Crepitação		<input type="checkbox"/> Queda e comandos <input type="checkbox"/> Localização dor <input type="checkbox"/> Movimento da retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta		
AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA		
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Filtuter		<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso:		<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros
GRAVIDADE PRESUMIDA		<input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> PEQUENA <input checked="" type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> SEVERA		<input type="checkbox"/> ÓBITO Obs:		
MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS						
INCIDENTE		<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local - EVASÃO <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local:		<input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros:		SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAL Em 26/10/18 Stephanie
RCP		<input type="checkbox"/> Iniciada as: <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso Obs.:		<input type="checkbox"/> Término as: Edar Rodolfo - Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino) Cirurgia Geral CRM 1275		

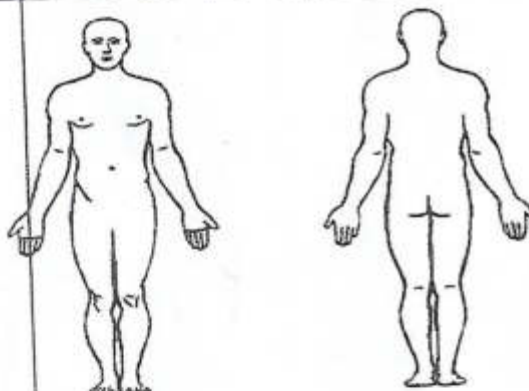


DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local	<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS	<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clinicas/RR - HCR
	<input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR	<input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA	<input type="checkbox"/> Hosp. Lote Iris - HLI
	<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - HGR	<input type="checkbox"/> HMINSN	<input type="checkbox"/> Outros
	<input type="checkbox"/> Coronel Mota		

GESTANTE		
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante
ECF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante
		<input checked="" type="checkbox"/> Aborto

PONTAQUE DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUSA	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>atendimento pré-hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____	RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____	RG: _____

MATERIAL E MEDICAÇÃO



VITIMA de TRAUMA, CARRO X MOTO, VITIMA CONDUTORA MOTO, ENXOFRA SENTADA SEM CAPACETE, BOA RESPOSTA VERBAL E MOTORA, VITIMA GESTANTE 1º 4 MESES, C/O ICES NA LOMBAR LADO DIREITO, FRATURA EXPOSTA EM M.I.D. VINTO DEDO COM LACERAÇÃO DO DITANQUEAR. A VITIMA APRESENTOU DOIS EPISÓDIOS DE DESMAIO, REALIZANDO IMOBILIZAÇÃO CURATIVO EM M.I.D. A.V.P. EM M. C.O. COM SORO FISIOLÓGICO, VITIMA CONDUZIDA AO Q.T. C.O.

26/10/18

Stephanie

LINDOMAR SIMÕES  
Téc. em Enfermagem  
CORENRR 739.600 TE

ASSINATURA E CARIMBO

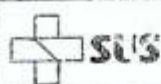






# BLOCO D

Alta 49109



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

## LAUDÔ PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HGR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HGR

4 - CNES

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

CECILIA DE SOUZA RODRIGUES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

64809

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7004802093063042

8 - DATA DE NASCIMENTO

25/12/90

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Amélia de Souza Rodrigues

11 - TELEFONE DE CONTATO

1º DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente apresentando fratura do 5º MTT do pé direito

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

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

EXAME FÍSICO + RX

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura 5º MTT + INFECÇÃO PE

21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Bruno Figueiredo

14/9/18

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Marcelo  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS

( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

0303080078  
1080



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

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

Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE (RG) EMISSOR: 114807 SSP RR

CPF: 303.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

Função: JOSE SOUZA DE ASSUNICAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: [ ] ACC: [ ] CATIVA: [ ]

NR REGISTRO: 01101912304 VALIDEZ: 28/01/2020 1ª HABILITAÇÃO: 15/12/1999

OBSERVAÇÕES

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

92485240616 99207968020

ASSINATURA DO EMISSOR

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

750009.000000001081.917005200055

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
980151096REBOLSO PLASTIFICAR  
980151096

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

*Gessica de Souza Rodrigues*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 309916-4 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/11/2003

NOME GESSICA DE SOUZA RODRIGUES

FILIAÇÃO  
JOÃO FLAUSINO RODRIGUES  
ANELIA DE SOUZA RODRIGUES

NATURALIDADE BOA VISTA - RR DATA DE NASCIMENTO 25/12/1990

DOC ORIGEM  
CERTD NASC 1351 FLS 38V LIV A-2  
CIV. DE SÃO LUIZ - RR

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Recita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
997.731.712-72

Nome  
GESSICA DE SOUZA RODRIGUES

Nascimento  
25/12/1990

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

**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) Nexa 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 trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

**Região Corporal (Sequela):** 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.



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

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

Carimbo com nome e CRM

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

# 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: Glair Inácio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114.807 SSP-RR

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

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 DPVAT, 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



*Marjory C.C. Esbell Briglia*  
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](http://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

\_\_\_\_\_  
GESSICA DE SOUZA RODRIGUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

\_\_\_\_\_  
ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA