

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA**

Nº Sinistro: **3180254708**

Vítima: **GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA**

Data do Acidente: **21/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180254708**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12924188



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA

Sinistro: 3180254708
Vítima: GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA
Data do Acidente: 21/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180254708** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2018

Carta nº: 13027853

A/C: GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA

Nº Sinistro: 3180254708
Vítima: GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA
Data do Acidente: 21/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003408**

Conta: **000000310-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

924.949.862-49

Nome completo da vítima

Gilse Elaine de Souza Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Gilse Elaine de Souza Silva	CPF titular da conta 924.949.862-49	Profissão Servidora Pública
Endereço Rua: P-7	Número 21	Complemento
Bairro São Francisco	Cidade Caracará	Estado Roraima
Email	CEP 69.360-000	Telefone (DDD) (95) 99129-7330

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ **RECUSO INFORMAR** ☐ **SEM RENDA** ☐ **ATÉ R\$ 1.000,00** ☐ **R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**
☐ **R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00** ☐ **R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00** ☐ **ACIMA DE R\$ 10.000,00**

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ **BRADESCO (237)** ☐ **BANCO DO BRASIL (001)** ☐ **ITAU (341)**
☐ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA
NRQ:

DIV

CONTA
NRQ:

DIV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO
Nome:

NRO

Caixa

104

AGÊNCIA
NRQ:

DIV

CONTA
NRQ:

DIV

3408

0310

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista, 15 de maio de 2018
Local e Data

x Gilse Elaine de Souza Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2018
Salvina

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bazerra, 484 - Boa Vista - RR



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

REGISTRO Nº	750 /2018	Hora	14:45	Data	08/05/2018
-------------	-----------	------	-------	------	------------

DADOS DO (A) COMUNICANTE:

NOME	ADÃO SANTOS DE SOUZA				
NACIONALIDADE	BRASILEIRO	Estado Civil	CASADO	Profissão	FUNCIONÁRIO PÚBLICO
PAI	VALNEI PEREIRA DE SOUZA				
MÃE	ZELMA DOS SANTOS AMORIM				
IDENTIDADE	231311	Órgão Expedidor	SSP/RR	CPF	762986042-00
ESCOLARIDADE	SUPERIOR COMPLETO		Sexo	MASC	
NATURALIDADE	ITAITUBA- PA	DATA NASC.	21/08/1980	Idade	37
ENDEREÇO	VILA DO APIAU				
BAIRRO	ZONA RURAL	Cidade/UF	MUCAJÁ	TEL/OPER.	99129-7330

DADOS DA OCORRÊNCIA

LOCAL DO FATO	NA ENTRADA DA VILA DE CAMPOS NOVOS				BAIRRO	
CIDADE		Hora	14:00	Dia	21/01/2018	
AUTOR(ES):						
ENDEREÇO:						

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

RELATO DO FATO: PERDA DE DOCUMENTOS

Senhor Delegado:

Compareceu nesta Delegacia de Polícia Civil o comunicante acima qualificado para informar que conforme data e hora acima citada o comunicante e sua esposa GILSE ELEAINE DE SOUZA SILVA(GARUPEIRA) estavam pilotando uma motocicleta HONDA TITAN 150, COR PRETA , PLACA NAN 1247, CHASSI 9C2KC1610AR044295 quando veio a estourar o pneu traseiro. QUE devido a este fato o comunicante sofreu várias escoriações e fratura no seu ombro esquerdo. QUE a sua esposa também sofreu escoriações e quebrou a clavícula esquerda. QUE todos os dois foram socorridos pelo SAMU e levado ao hospital de Mucajá e posteriormente ao HGR. Era o que tinha a comunicar.

JAMY RODRIGUES
Agente de Polícia Civil

Adão Santos de Souza
ADÃO SANTOS DE SOUZA
Comunicante

- ☐ Aguardar novos fatos em cartório.
- ☐ Fato Atípico. Esfera cível/adm. Arquive-se.
- ☐ Encaminhe-se a(o) _____.
- ☐ Intime-se _____.
- ☐ Junte-se _____.
- ☐ Aguardar Representação da vítima.
- ☐ Ao Delegado Titular
- ☐ Outros:

Caracará/RR ____ de ____ 2017.

Delegado de Polícia Civil

- ☐ Aguardar novos fatos em cartório.
- ☐ Fato Atípico. Esfera cível/adm. Arquive-se.
- ☐ Encaminhe-se a(o) _____.
- ☐ Intime-se _____.
- ☐ Junte-se _____.
- ☐ Aguardar Representação da vítima.
- ☐ Ao Delegado Titular
- ☐ Outros:

Caracará/RR ____ de ____ 2017.

Delegado de Polícia Civil

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazzera, 404 - Boa Vista - RR

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Gilene Elaine de Souza Silva

CPF da Vítima

924.949.862-49

Data do Acidente

21/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2018

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

Boa Vista 15 de maio de 2018

Local e Data

Gilene Elaine de Souza Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



UNIDADE: BRAVO (Mucajaí) EQUIPE: Mayle / P. Claudio
Paciente: Gilberto Elaine de Souza 28 anos
Nacionalidade: Brasileira Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena - Etnia: Sexo: ☐ M ☒ F
Endereço: Av. 07 do
Ponto de Referência: Entrada de campo novo Telefone:
Nº da Ocorrência: 1212 Data: 21/05/18 Hora do Acionamento: 02:27
Médico(a) Regulador(a): Andressa Hora Cegada no Local: (J/10): 02:40
MOTIVO: ☒ Socorro ☐ Transporte ☐ Remoção ☐ Intra-hospitalar ☐ Apoio: Outros:

AUTOMÓVEL		MECANISMOS DE TRAUMA	
☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão X ☐ Motorista ☐ Passageiro dianteiro ☐ Passageiro traseiro	☐ Uso do cinto: ☐ Sim ☐ Não ☐ Vítima projetada ☐ Colisão X ☐ Motorista ☐ MOTO / BICICLETA ☐ Acidente com moto X ☒ Queda de moto: ☒ Com capacete ☐ Sem capacete ☐ Bicicleta ☐ Condutor ☐ Queda de bicicleta ☐ Passageiro	☐ VIOLÊNCIA ☐ Agressão física ☐ Espancamento ☐ FAB ☐ FAF ☐ Tentativa de Suicídio ☐ Violência doméstica ☐ Violência Sexual	☐ OUTROS ☐ Acidente de trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda altura aprox.: ☐ Acidente doméstico ☐ Queimadura agente ☐ Agressão por animal ☐ Outros: <u> </u>

VIAS AÉREAS		AVALIAÇÃO INICIAL	
☐ Apnéia ☐ Bradipnéia ☐ Dispnéia ☐ Eupnéia ☐ Obstruída ☐ Respiração Ruidosa ☐ Taquipnéia	☐ VENTILAÇÃO ☐ Abolida ☐ Ferida aspirativa ☐ Hiperimpanismo ☐ M.V. ausente ☐ M.V. diminuído ☐ Maciez	☐ CIRCULAÇÃO ☐ Arritmico ☐ Ausente ☐ Bradicardia ☐ Enchimento capilar > 2s ☐ Taquicardia	☐ AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA ☐ AVDN ☐ DNV ☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Alcoolizado

SINAIS VITAIS E ESCORES
Início Hora: 100 P.A mmHg: 70 F.C bpm: 123 F.R Mpm: 37 Sat O₂ %: 97 Temp. °C: Esc. Visual anal. EVA "DOR": Glicemia: APGAR:

PELE		CABEÇA		AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA	
☐ Cianótica ☐ Corada ☒ Fria ☐ Pálida ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca ☐ PELVE ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	☐ Afundamento ☐ Contusão ☒ Escoriação ☐ Fer. Penetrante ☐ Hematoma ☐ Laceração ☐ COLUMNA DORSAL ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor: ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa	☐ FACE ☐ Contusão ☒ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular ☐ PESCOÇO ☐ Desvio de traqueia ☐ Enfiamento subcutâneo ☐ Escoriações ☐ Hematoma ☐ Lacerações ☐ TÓRAX ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Risco paradoxal ☐ Tamponamento ☐ Tórax instável	☐ ABDOME ☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Em tábua ☐ Escoriações ☐ Evisceração ☐ Respiração Ruidosa		

AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA	
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Flutter	☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assistolia	☐ Cardiovascular ☐ Metabólica ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Respiratória	☐ Aborto ☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica	☐ Alergias ☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ HAS ☐ Sequela AVC ☐ ÓBITO	☐ Medicamentos em uso: <u> </u> ☐ INDETERMINADA

GRAVIDADE COMPROVADA: ☐ ILESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ OBITO		MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS	
☐ Cancelamento ☐ Não se encontrava no local ☐ Trote	☐ DESFECHO DO CHAMADO ☐ Recusa de atendimento ☐ Recusa de hospitalização ☐ Bombeiro no local	☐ Polícia Militar ☐ SMTRAN ☐ PRF	☐ Guarda Municipal ☐ Bombeiro ☐ DETRAN
☐ Iniciada as: <u> </u> ☐ Término as: <u> </u>	☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso	☐ RCP não realizado	OBS: <u> </u>
☐ Atendido no local ☐ Pronto Atendimento - PAAR	☐ Grande Trauma - GT ☐ Hospital Coronel Mota - HCM	☐ Policlínica Cosme e Silva - PCCS ☐ Hospital Santo Antônio - HCSA ☐ HMINEN	☐ Hospital das Clínicas - HCF / RR ☐ Hospital Lette Iris - HLI ☐ Hospital José Guedes Catão

PERTENCES
(PACIENTE)

Descrição _____

Nome do Receptor _____

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

TERMO DE
RECUSA

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento Médico disponibilizado pelo SAMU / MUCAJAI - RR, nessa oportunidade.

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

GESTANTE

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

Perda de Líquido _____ BCF: _____

☐ Com cartão ☐ Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

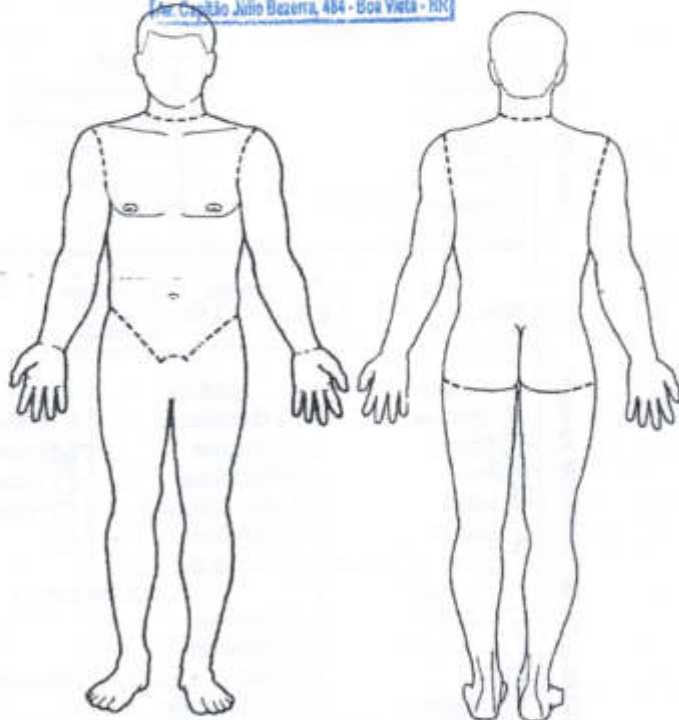
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

1.	Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
		Estímulo verbal	3 pontos
		Estímulo doloroso	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto
2.	Melhor Resposta Motora (M):	Obedece a comandos	6 pontos
		Localiza dor	5 pontos
		Flexão normal (retirada)	4 pontos
		Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
		Extensão (descerebração)	2 pontos
		Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3.	Resposta Verbal (V):	Orientado	5 pontos
		Confuso	4 pontos
		Palavras inapropriadas	3 pontos
		Sons incompreensíveis	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

paciente vítima de acidente de moto e q estava na ocorrência da moto com seu esposo p/ru de moto estavam paciente desorientado, confuso TCE com hemorragia no olho esquerdo e com fratura escapula com fraturas nos membros com possível fratura no braço esquerdo



UNIDADE: BRAVO (Mucajaí) EQUIPE: Mayle / P. Claudio
Paciente: Gilberto Elaine de Souza 28 anos
Nacionalidade: Brasileira Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena - Etnia: Sexo: ☐ M ☒ F
Endereço: Av. 07 do
Ponto de Referência: Entrada de campo novo Telefone:
Nº da Ocorrência: 1212 Data: 21/05/18 Hora do Acionamento: 02:27
Médico(a) Regulador(a): Andressa Hora Cegada no Local: (J/10): 02:40
MOTIVO: ☒ Socorro ☐ Transporte ☐ Remoção ☐ Intra-hospitalar ☐ Apoio: Outros:

AUTOMÓVEL		MECANISMOS DE TRAUMA	
☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão X ☐ Motorista ☐ Passageiro dianteiro ☐ Passageiro traseiro	☐ Uso do cinto: ☐ Sim ☐ Não ☐ Vítima projetada ☐ Colisão X ☐ Motorista ☐ MOTO / BICICLETA ☐ Acidente com moto X ☒ Queda de moto: ☒ Com capacete ☐ Sem capacete ☐ Bicicleta ☐ Condutor ☐ Queda de bicicleta ☐ Passageiro	☐ VIOLÊNCIA ☐ Agressão física ☐ Espancamento ☐ FAB ☐ FAF ☐ Tentativa de Suicídio ☐ Violência doméstica ☐ Violência Sexual	☐ OUTROS ☐ Acidente de trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda altura aprox.: ☐ Acidente doméstico ☐ Queimadura agente ☐ Agressão por animal ☐ Outros: <u> </u>

VIAS AÉREAS		AVALIAÇÃO INICIAL	
☐ Apnéia ☐ Bradipnéia ☐ Dispnéia ☐ Eupnéia ☐ Obstruída ☐ Respiração Ruidosa ☐ Taquipnéia	☐ VENTILAÇÃO ☐ Abolida ☐ Ferida aspirativa ☐ Hiperimpanismo ☐ M.V. ausente ☐ M.V. diminuído ☐ Maciez	☐ CIRCULAÇÃO ☐ Arritmico ☐ Ausente ☐ Bradicardia ☐ Enchimento capilar > 2s ☐ Taquicardia	☐ AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA ☐ AVDN ☐ DNV ☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Alcoolizado

SINAIS VITAIS E ESCORES
Início Hora: 100 P.A mmHg: 70 F.C bpm: 123 F.R Mpm: 37 Sat O₂ %: 97 Temp. °C: Esc. Visual anal. EVA "DOR": Glicemia: APGAR:

PELE		CABEÇA		AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA	
☐ Cianótica ☐ Corada ☒ Fria ☐ Pálida ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca ☐ PELVE ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	☐ Afundamento ☐ Contusão ☒ Escoriação ☐ Fer. Penetrante ☐ Hematoma ☐ Laceração ☐ COLUMNA DORSAL ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor: ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa	☐ FACE ☐ Contusão ☒ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular ☐ PESCOÇO ☐ Desvio de traqueia ☐ Enfiamento subcutâneo ☐ Escoriações ☐ Hematoma ☐ Lacerações ☐ TÓRAX ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Risco paradoxal ☐ Tamponamento ☐ Tórax instável	☐ ABDOME ☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Em tábua ☐ Escoriações ☐ Evisceração ☐ Respiração Ruidosa		

AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA	
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Flutter	☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assistolia	☐ Cardiovascular ☐ Metabólica ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Respiratória	☐ Aborto ☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica	☐ Alergias ☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ HAS ☐ Sequela AVC ☐ ÓBITO	☐ Medicamentos em uso: <u> </u>

GRAVIDADE COMPROVADA: ☐ ILESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ OBITO ☐ INDETERMINADA			
☐ Cancelamento ☐ Não se encontrava no local ☐ Trote	☐ DESFECHO DO CHAMADO ☐ Recusa de atendimento ☐ Recusa de hospitalização ☐ Bombeiro no local	☐ Polícia Militar ☐ SMTRAN ☐ PRF	☐ MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS ☐ Guarda Municipal ☐ Bombeiro ☐ DETRAN
☐ Iniciada as: <u> </u> ☐ Término as: <u> </u>	☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso	☐ RCP não realizado	OBS: <u> </u>
☐ Atendido no local ☐ Pronto Atendimento - PAAR	☐ Grande Trauma - GT ☐ Hospital Coronel Mota - HCM	☐ Policlínica Cosme e Silva - PCCS ☐ Hospital Santo Antônio - HCSA ☐ HMINEN	☐ Hospital das Clínicas - HCF / RR ☐ Hospital Lette Iris - HLI ☐ Hospital José Guedes Catão

PERTENCES
(PACIENTE)

Descrição _____

Nome do Receptor _____

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

TERMO DE
RECUSA

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento Médico disponibilizado pelo SAMU / MUCAJAI - RR, nessa oportunidade.

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

GESTANTE

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

Perda de Líquido _____ BCF: _____

☐ Com cartão ☐ Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

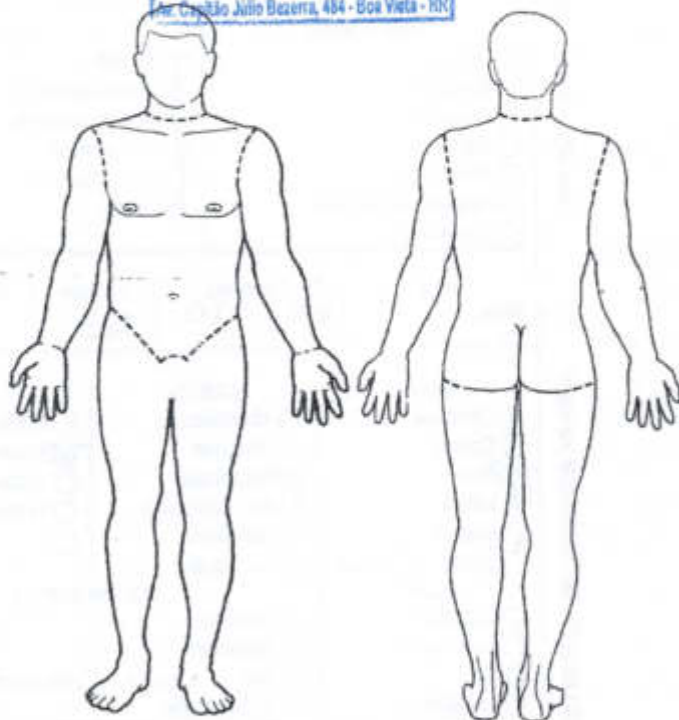
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

1.	Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
		Estímulo verbal	3 pontos
		Estímulo doloroso	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto
2.	Melhor Resposta Motora (M):	Obedece a comandos	6 pontos
		Localiza dor	5 pontos
		Flexão normal (retirada)	4 pontos
		Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
		Extensão (descerebração)	2 pontos
		Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3.	Resposta Verbal (V):	Orientado	5 pontos
		Confuso	4 pontos
		Palavras inapropriadas	3 pontos
		Sons incomprensíveis	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

paciente vítima de acidente de moto e q estava na ocorrência da moto com seu esposo p/ru de moto estavam paciente desorientado, confuso TCE com hemorragia no olho esquerdo e com fratura escapula com fraturas nos membros com possível fratura no braço esquerdo

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: 22/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03408

CONTA: 000000000310-1

Nr. da Autenticação 43D44CE40B7583EE



CDD BOA VISTA RR G1

VALNEY PEREIRA DE SOUSA
RUA P-7 21
SAO FRANCISCO
69360-000 CARACARAÍ RR



7211050330015090000058413000118

Vencimento:
15/01/2018
Postagem:
05/01/2018
010000000

Fatura Mensal

RCHLO
RIACHUELO

MIDWAY
FINANCEIRA
www.midwayfinanceira.com.br



Resumo das Despesas - R\$

Saldo Anterior	652,50
Pagamentos/Créditos	687,93
Encargos	0,00
Despesas/Débitos no Brasil	741,75
Despesas/Débitos no Exterior	0,00
Saldo desta Fatura	727,32

Caso você possua opção de parcelamento automático, pague qualquer valor acima da opção de parcela citada no BOX DE PARCELAMENTO AUTOMÁTICO que a diferença será parcelada com juros em até 15x fixas com valor de parcela mínima de R\$ 5,00. Essa opção é válida até 15 dias após o vencimento. Encargos por atraso e IOF referente ao período, serão incluídos no cálculo do financiamento. Multa contratual por atraso será debitada integralmente na próxima fatura.

Titular: VALNEY PEREIRA DE SOUSA
Cartão: XXXX.XXXX.XXXX.X108

Vencimento	Saldo a Pagar R\$
15/01/2018	762,75

Parcelamento de Fatura até o Vencimento
15x de R\$ 107,02

Atenção: Para ativar o parcelamento efetue o pagamento exato do valor da primeira parcela até o vencimento.

Outras opções de Parcelamento de Fatura até o Vencimento na folha anexa ou na Central de Atendimento

Parcelamento Automático Antes e Após o Vencimento
Pague qualquer valor igual ou acima de R\$ 107,03 e saldo restante em até 15x com juros

Atenção: O primeiro pagamento irá ativar o parcelamento, caso queira antecipar, entrar em contato com a Central de Atendimento.

Histórico das Despesas			
DATA	DESCRIÇÃO	X108	VALOR
02/09/17	RIACHUELO 279 COMPRA PARCELADA	02/08	54,02 D
13/09/17	RIACHUELO 279 COMPRA PARCELADA	03/08	68,90 D
13/10/17	RIACHUELO 279 COMPRA PARCELADA	03/09	38,49 D
04/11/17	RIACHUELO 279 COMPRA PARCELADA	02/10	49,90 D
08/11/17	AIAM CONFECÇÕES	02/02	101,61 D
11/11/17	AIAM CONFECÇÕES	02/02	50,91 D
28/11/17	FEIÃO DOS TRIGOS	02/09	85,54 D
28/11/17	THALITA CALÇADOS	03/02	17,50 D
03/12/17	O Boticário 3888	01/02	44,95 D
23/12/17	ALTERNATIVA MOTO PÉCAS	01/04	174,50 D
	SUBTOTAL		727,32
15/12/17	PAGAMENTO		687,93 C
15/01/18	Seguro Bolsa Proteção		3,99 D
15/01/18	Assistência Residência 34h		3,49 D
15/01/18	Seguro Residencial		6,95 D
15/01/18	ANUIDADE RIACHUELO - TITULAR		21,00 D

ÁREA DE SINISTROS - 0909
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

U 4 JUL 2018

GENTE SEGURADORA 699
Av. Capitão João Bazerra, 484 - Boa Vista - RR

Limite para Compra		Limite para Saque	
Total	Disponível	Total	Disponível
3.300,00	31,90	330,00	330,00

Encargos		
Descrição	Taxas	
JUROS REMUNERATORIOS DE ATRASO	17,90 % a.m.	621,38 % a.a.
REFINANCIAMENTO DE SALDO	17,90 % a.m.	621,38 % a.a.
REFINANCIAMENTO MAX. PROXIMO MES	20,90 % a.m.	875,25 % a.a.
PARCELAMENTO DE FATURA	12,90 % a.m.	328,87 % a.a.
PARCELAMENTO DE FATURA MAX. PROXIMO MES	15,90 % a.m.	487,49 % a.a.
MULTA CONTRATUAL POR ATRASO	2,00%	-

Nº Sorteio - Produtos Financeiros			
Descrição	Código	Valor	Data Sorteio

Informações Importantes
A PARTIR DE 01 DE MAIO DE 2017 O VALOR DA ANUIDADE DE SEU CARTÃO RIACHUELO SERÁ ALTERADA DE 3X 17,00 PARA 3X 21,00. LANÇADA CONFORME A DATA DE ANIVERSÁRIO DA ANUIDADE.

Central de Atendimento Riachuelo
Capitais e regiões metropolitanas: 0800 5417
Demais localidades: 0800 727 4417
SAC (Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais): 0800 721 3344
Deficientes Auditivos: 0800 722 0604
Ouvidoria (Das 10h às 16h - segunda a sexta exceto feriados): 0800 727 3255
www.riachuelo.com.br / www.midwayfinanceira.com.br

Informamos que a partir de Janeiro/2018, os valores dos Seguros e Assistências das apólices, que completam um ano de sua vigência, sofrerão um reajuste com base no Índice IPCA/IBGE. Caso você possua Seguro(s) e Assistência(s) e tenha dúvida, ligue na Central de Atendimento Cartão Riachuelo.

Código do Cliente	Pagamento Mínimo
0229711351170	
Vencimento da Fatura	Total da Fatura

Bradesco 237-2 23792.37403 91127.971132 51008.360003 5 00000000000000

Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA OU NAS LOJAS RIACHUELO

Beneficiário: MIDWAY SA - 09.464.032/0001-12 - R LEAO XIII, 500, TERREO ANEXO A, SP

Data do Documento: 03/01/2018 Número do Documento: 279711351 Espécie Documento: DM Aceite: N Data do Processamento: 03/01/2018

Uso do Bônus: 09 Carteira: 09 Espécie Moeda: Real Quantidade: 1 Valor: X

Instruções: (Texto de responsabilidade do beneficiário)
SR. CAIXA, NÃO ACEITAR PAGAMENTOS APOS 30/01/2018.
PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO VALOR COBRADO.
FATURAS PAGAS APOS O VENCIMENTO, TERAO ACRESCIMOS E JUROS REMUNERATORIOS PELO ATRASO.
O PAGAMENTO SOMENTE ESTARA DISPONIVEL PARA A RIACHUELO APOS 3 DIAS UTEIS.
NÃO ACEITAR PAGAMENTO EM CHEQUE.
DICA DE SEGURANÇA CONFIRA OS 5 PRIMEIROS NUMEROS DA LINHA DIGITAVEL.
ELES SEMPRE DEVERAO CORRESPONDER AO CODIGO DO BANCO BRADESCO 23792.

Pagador: VALNEY PEREIRA DE SOUSA
RUA P-7 21 SAO FRANCISCO
69360-000

Assinatura / Assinatura

Autenticação Mecânica
Ficha de Compensação



vivo

Nº da Conta: 0220918873
Mês de referência: 01/2018
Período: 06/12/2017 a 05/01/2018
Data de emissão: 07/01/2018

TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO
R ANTONIO AUGUSTO MARTINS, 347
SAO FRANCISCO
69305-270 BOA VISTA - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2018

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

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 957
CEP 69.305-025 - Boa Vista - RR
I.E.: 240108035
CNPJ Matriz :02.558.157/0001-62
CNPJ Filial :02.558.157/0016-49

Vencimento
21/01/2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Tânia Helena F. de Melo inscrito (a) no CPF/CNPJ 621.026.772 / 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gilse Elaine de Souza Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 924.949.862 / 49 do sinistro de DPVAT cobertura Incendio 3 da Vítima Gilse Elaine de Souza Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 924.949.862 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
R: Antônio Augusto Martins		347	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
São Francisco	Boa Vista	RR	69.305-270
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
		(95) 3221-6579	(95) 99139-8405

Boa Vista, 15 de maio de 2018
Local e Data

Tânia Helena Lourenço de Melo
Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2018

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Adão Santos de Souza,
RG nº 231.311, data de expedição 25/08/2000,
Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 762.986.042-00, com
domicílio na cidade de Caracoraí, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
P 7, nº 21,
complemento São Francisco declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Gilse Elaine de Souza Silva cujo o condutor era
Adão Santos de Souza.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda/CG 150 Titan Max KS
Ano: 2010
Placa: NAN 1247
Chassi: 9C2K C1610 AR044295
Data do Acidente: 21/03/2018
Local e Data: Mucajaz/RR, 20 de março de 2018.

Adão Santos de Souza
Assinatura do Declarante

Adão Santos de Souza

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DEPARTAMENTO DE NOTARIAL
MARCAS DE MUCAJAZ - RR
Reconhecimento por autenticidade
Assinatura(s) de Adão Santos de Souza
Mucajaz-RR, 20/03/2018
em testemunho da da verdade

Atenciosamente,
Notário Público de Roraima



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1800897359 21/01/2018 16:52:45

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 26

Paciente **GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA** Data Nascimento **23/09/1989** Idade **28 A 3 M 28 D** CNS **707806648276317** CPF **92494986249** Prontuário

Tipo Doc **IDENTIDADE** Documento **231508** Órgão Emissor **SSP RR** Data Emissão **26/03/2008** Sexo **F** Estado Civil **CASADO(A)** Raça/Cor **PARDA** Naturalidade **BELEM - PA** Nacionalidade **BRASILEIRA**

Mãe **GILSELENE DE SOUZA PEREIRA** Pai **ELIAS FARIAS DA SILVA** Contato **(95) 99129-7330** Ocupação

Endereço **RUA - APIAU - 39 - CENTRO - IRACEMA - RR**

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **Validade** Autorização **Sis Prenatal**

Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **Procedência** Temp. **Peso** Pressão

Selhor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **SAMU REGIONAL** Procedimento Sol. **Registrado por: ELIENE**

Queixa Principal **() Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue**

04 JUL 2018

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

Paciente trazida pelo SAMU com relato de queda de moto.
Apresenta lesões e sintomas, porém não lembra de detalhes.

Exame Físico

Boa de como chegar aqui. Queixa de dor em clavícula e
após exame, pele e joelho. Reg, loto, dispnea, etc.

Hipótese Diagnóstica

Hemotoma parietal - APE. AL / ACU / ASCL / RCL. Admissão
fo de acidente, trauma de pul, TAC.

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

0 dias.

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1. Aspiração de

2. Fluxion de

17/20

Ricardo G. Dantas
Téc. Enfermagem
COREN RR 924664

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

ORTO DO DIA

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: eliene
Data Hora: 21/01/2018 16:54:28

0208
02/01/2018 - Relatório de Atendimento
de - Atendimento em Saúde
de - 02/01/2018



1800897359

REGISTRO DE ATENDIMIENTO EMERGENCIAL

42

REGISTRO Nº
18.002007

PRESCRITA	ENFERMAGEM
1) Farmacologia - 70 2) En contabilidade - 100 3) O/Finanças - 100	LA 409 X 67 mm K: 119 Spn Francisco p/HER V/ SAN 84.013.440/000 Hospital Est. Ver. José Guedes Dr. Josué 482/00 Marlene

OBSERVAÇÃO: (ATE 24 H) ☐

PARA ÔBITO

ANTES DO 1º SOCORRO ☐ SIM ☐ NÃO

DESTINO DO CORPO 1 ☐ ENTREGUE À FAMÍLIA 3 ☐ IM L 3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA

DATA E HORA DA ALTA:

DATA E HORA DO ÔBITO:

ASS. CARRIED MEDICAL RESPONSIBILITY

ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Guia 18002007 registrada por WILLIAM

CONFERE COM ORIGINAL

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

Nome: TÂNIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR: 488049 SSP RO

CPF: 421.026.772-49 DATA NASCIMENTO: 15/01/1972

PRACÇÃO: JONELSON FRACALOSSI
MARIA ANNA FRACALOSSI

PENSIÃO: ☒ NÃO ☐ SIM ☐ CATENAR ☐ AR

SP/REQUISITO: 02788991920 VALIDEZ: 05/12/2018 1ª HABILITAÇÃO: 17/02/1993

RESERVAÇÃO

Tânia Helena S. de Melo
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 10/12/2013

32146487454
RR207308780

DETAN - RR - RORAIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 806644383

PROIBIDO PLASTIFICAR 806644383

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A

R. Capitão Júlio Bazzani, 484 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 011598395062
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01 CDD RENAVAM: 00220000115 R.N.T.M.C.: 2017 EXERCÍCIO: 2017

NOME: ADRIANO SANTOS DE SOUZA

CPF / CNPJ: 762.908.042-00 PLACA: NNN1247

PLACA ANT. / UF: PLACA: 000000000000 CHASSI: 000000000000

ESPÉCIE TIPO: PMS/MOTOCICLETA/1500 CM3 COMBUSTÍVEL: ALCOOL

MARCA / MODELO: HONDA / HONDA FANTASIA 150 ANO FAB.: 2010 ANO MOD.: 2010

CAP. / POT. / CL.: 150 / 15 / 7 CATEGORIA: PARTICU. COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: 1º 150000000000 VENC. COTA ÚNICA: 150000000000 VENC. / COTAS: 1º 150000000000

FAIXA LIVRA: 25- PAROU COTA ÚNICA 150000000000 PARCELAMENTO / COTAS: 2º 150000000000 3º 150000000000

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 100.00 IOF (R\$): 10.00 PRÊMIO TOTAL (R\$): 110.00 DATA DE PAGAMENTO: 12/12/2017

OBSERVAÇÕES: 150000000000

Assinatura: Antonio Francisco Beserra Marques
Diretor Presidente
DETRAN-RR

CARTEIRA: 150000000000 DATA: 31/01/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 011598395062 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 31/01/2018

VIA: 01 CDD / CNPJ: 762.908.042-00 PLACA: NNN1247

RENAVAM: 00220000115 MARCA / MODELO: HONDA / HONDA FANTASIA 150

ANO FAB.: 2010 CAT. TIRE: 7 Nº CHASSI: 000000000000

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$): 100.00 DENATRAM (R\$): 10.00 CUSTO DO SEGURO (R\$): 110.00

CUSTO DO BILHETE (R\$): 10.00 IOF (R\$): 1.00 TOTAL BILHETE SEGURO (R\$): 121.00

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 12/12/2017

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.548.808/0001-04
www.Seguradoralider.com.br



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2018

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

1. O SEGURO DPVAT COBRE DANOS PESSOAS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

2. O SEGURO DPVAT COBRE DANOS PESSOAS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

3. ESTÃO COBERTOS TODOS OS CASOS, EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, SEJAM ELAS MOTORISTAS, PASSEIROS OU OUTROS.

4. NÃO OPERAÇÃO TRÊS TIPOS DE COBERTURA: MORTE, INVALIDEZ PERMANENTE E REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES (DANS).

5. SE VÓS FOR VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OU SEU VEÍCULO DANIFICADO, REUNIR A DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA E SOLICITAR A INDENIZAÇÃO EM UM DOS VÍDEOS DE ATENDIMENTO AUTORIZADOS (CONSULTE-SE EM: www.dpvatsegurodetransito.com.br). SE TIVER DÚVIDAS LIGUE PARA O SAC DPVAT 0800 022 1204.

6. VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VÍTIMA E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIDO DE INDENIZAÇÃO:

MORTE (1)	INVALIDEZ PERMANENTE (2)	DANS (3)
R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00

(1) MORTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÓPIA DO CERT. CÔPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E DOSE BENEFICIÁRIA(S) E PROVA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(S) (VÍNCULO COM O FALÉCIO).

(2) INVALIDEZ PERMANENTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E LAUDO DO INSTITUTO MEDICO LEGAL DA PRODUÇÃO LOCAL DO ACIDENTE OU DA RESOLUÇÃO DA VÍTIMA, COM A INDENIZAÇÃO DEPENDENTE DE COMPROVAÇÃO DAS LESÕES PERMANENTES, TOTAIS OU PARCIAIS, DE ACORDO COM OS PERCENTUAIS DA TABELA CONSTATANTE DO ANEXO DA LEI 1.341/1974 E ALTERAÇÕES.

(3) DANS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, BOLHIM DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, QUE COMPROVE QUE AS DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES EFETUADAS POSSAM SER COBERTAS DO ATENDIMENTO À VÍTIMA DE DANOS CORPORAIS CONSEQUENTES DE ACIDENTE ENVOLVENDO VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA, COM O DOCUMENTO EQUIVALENTE, COM DISCRIMINAÇÃO DE TODAS AS DESPESAS, INCLUINDO DIÁRIAS E TAXAS, RELAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS E ANOTAÇÃO DE EXAMES EFETUADOS COM OS PREÇOS POR UNIDADE, ALÉM DOS SERVIÇOS MÉDICOS E HIGIENIZANTES QUANDO ESTES FORMAM CORPUS DELICTI PELO HOSPITAL, NOTAS FISCAIS, FATURAS OU RECIBOS DO HOSPITAL, ORIGINAIS, COMPROVANDO O PAGAMENTO DOS RESPECTIVOS VALORES, RECIBOS ORIGINAIS EMITIDOS EM NOME DA VÍTIMA, OU COMPROVANTES DO PAGAMENTO A CADA MÉDICO OU PROFISSIONAL, CONSTATANDO DATA, ASSINATURA, CARIMBO DE IDENTIFICAÇÃO, NÚMERO DO CNP, NÚMERO DO CPF OU CNPJ E A ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO EXECUTADO, COM A DATA EM QUE FOI PRESTADO O ATENDIMENTO E CÓPIA DO LAUDO ANATOMOPATOLOGICO DA LESÃO E DOS EXAMES REALIZADOS EM GERAL, QUANDO OUVER.

7. O SEGURO DPVAT COBRE DANOS PESSOAS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

8. IMPORTANTE:

8.1. NÃO É NECESSÁRIO ADVOGADO, DESPACHANTE OU QUALQUER INTERMEDIÁRIO PARA DAR ENTRADA NO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO OU ACOMPANHAR O ANDAMENTO DO PROCESSO.

8.2. O REEMBOLSO DE DANOS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES, ESTÁ LIMITADO A VALORES DEPENDENTES DA TABELA QUE ATENDE AOS REQUISITOS DO ART. 15 DA RESOLUÇÃO CNMP Nº 279/01.

8.3. PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO TRÊS DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

8.4. A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGUA COM BASE NO VALOR VIGENTE NA DATA DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO.

9. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

9.1. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº 1.341/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS.

9.2. PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO: DE 01 DE JANEIRO A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO. QUE SE RENOVAA ESTE ANUETE.

9.3. O SEGURO DPVAT DEVE SER PAGU JUNTAMENTE COM A PRIMEIRA QUOTA OU COM A ÚNICA DO IMPOSTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA, CASO SEJA FEITA A OPÇÃO PELO PARCELAMENTO, O VENCIMENTO TAMBÉM ESTARÁ ATRELADO AO PAGAMENTO DAS PARCELAS DO IPVA. OS VENCIMENTOS DO JUSCOTO E DO SEGURO OCORREM SEMPRE NA MESMA DATA.

9.4. O VEÍCULO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO SE O SEGURO OBRIGATORIO NÃO FOR PAGU (RESOLUÇÃO CONTRAN Nº 664/1995).

9.5. 80% DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATORIO NÃO TEM A SEGUITE DESTINAÇÃO:

9.5.1. 40% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR AS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (ART. 27 DA LEI 8.213/1991).

9.5.2. 40% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 18 DA LEI Nº 8.203/1991 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).

ATENÇÃO AO PÚBLICO
SAC DPVAT 0800 022 1204
www.dpvatsegurodetransito.com.br

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DPVAT, PEDIDOS DE INDENIZAÇÃO E REEMBOLSO, ANDAMENTO DE SOLICITAÇÕES, LUGAR DE ATENDIMENTO, DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, PRAZOS E OUTRAS INFORMAÇÕES.

SUSEP DISQUE - SUSEP
0800 021 9484
www.susep.gov.br

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - AUTARQUIA FEDERAL, RESPONSÁVEL PELA FISCALIZAÇÃO, NORMATIZAÇÃO E CONTROLE DOS SEGUROS DE SEGURO PRIVADO, SEGURO DE VIDA, SEGURO DE INCÊNDIO E CORRETORES DE SEGUROS.

SEGURO OBRIGATORIO

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

MULTAS DE TRÂNSITO

ENCARGOS DO DETRAN

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2018

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2018

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180254708 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO COM FRATURA DA CLAVÍCULA

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DEFORMIDADE EM CLAVÍCULA ESQUERDA, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E FLEXÃO DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO OMBRO ESQUERDO, INICIALMENTE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO E POSTERIORMENTE REALIZOU CIRURGIA COM FIXAÇÃO POR FIOS, COMPLEMENTANDO COM TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/06/2018

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECERAM DEFICIÊNCIAS NO OMBRO ESQUERDO EM GRAU MODERADO.

Médico examinador: CARLOS EDUARDO DE CAMPOS GUERRA

CRM do médico: 589

UF do CRM do médico: RR

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

Médico revisor: Anderson Anísio

CRM do médico: 52.25458-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**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:	3180254708
Nome do(a) Examinado(a):	GILSE ELAINE DE SOUZA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a):	P 7 21 CASA SÃO FRANCISCO
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	924.949.862-49
Data e local do acidente:	21/01/2018-PACARAÍMA-RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 19/06/2018

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMA DIRETO EM OMBRO E COM FRATURA DE CLAVÍCULA E.

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

FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR , APOS 2 MESES A CIRURGIA: (21\03\2018).APOS RETIRADA DO FIO E FISIOTERAPIA TEVE ALTA DEPOIS 4 MESES DO ACIDENTE.

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

DEFORMIDADE EM CLAVÍCULA E COM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DO OMBRO(E) E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MSE.

IV) Nexô 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.

LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO ARTICULAÇÃO GLENO UMERAL E. (FLEXÃO 80* ABD :50)

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): OMBRO E

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

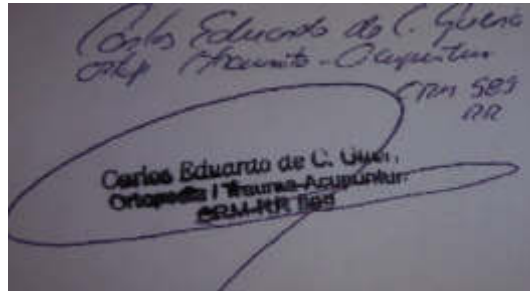
% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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.

N.D.N



Handwritten signature: Carlos Eduardo de C. Guerra
Handwritten text: CRM 589 - RR
Stamp: Carlos Eduardo de C. Guerra, Ortopedista / Traumatologista - CRM 589 - RR

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

Carimbo com nome e CRM

CARLOS EDUARDO DE CAMPOS GUERRA - Registro no CRM: 589 - RR

04 JUN 2018

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Gilse Elaine de Souza Silva
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casada
Profissão: Funcionária Pública
Identidade: 231508 CPF: 924.946.862-49
Endereço: R: P-7 Bairro: João Francisco
Cidade: Caracará CEP: 69.360-000

OUTORGADO (Procurador)

Nome: Tânia Helena Tracalossi de Melo
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casada
Profissão: Corretora
Identidade: 488049 CPF: 421.026.772-49
Endereço: R: Antônio Augusto Martins Bairro: João Francisco
Cidade: Boa Vista CEP: 69.305-270

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representa-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar o sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato.

Local e data:

Mucajaz, RR de março de 2018

Gilse Elaine de Souza Silva
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

PROCURAÇÃO DE NGF
COMARCA DE MUCAJAZ - RR
Reconheço por autenticidade
firma (s) de Gilse Elaine de Souza Silva
Mucajaz-RR, 20/03/2018.
Em testemunho 9 da verdade.

Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

Leonecio
Leonecio Conceição da Silva
Cartório Autorizado