

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200274084 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VITORIA VALENTINA SAGICA **Data do acidente:** 05/03/2020 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS
CARNEIRO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL.
TRAUMA CONTUSO DE PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P3,4)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES, QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 04 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200274084

Vítima: VITORIA VALENTINA SAGICA CARNEIRO

Data do Acidente: 05/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILVANE SAGICA CARNEIRO

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, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200274084

Vítima: VITORIA VALENTINA SAGICA CARNEIRO

Data do Acidente: 05/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GILVANE SAGICA CARNEIRO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 06/03/2020, emitido pelo Dr. ILEGÍVEL CRM nº 0000 - ES, da Instituição HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 071.975.802-50 4 - Nome completo da vítima: Victoria Valentina S. Carneiro Mesquita

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Victoria Valentina S. Carneiro Mesquita 6 - CPF: 071.975.802-50

7 - Profissão: estudante 8 - Endereço: Rua: Augusta 9 - Número: 129 10 - Complemento:

11 - Bairro: Jardim Primavera 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-202

15 - E-mail: TACIKRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (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)

AGÊNCIA: 0250 X CONTA: 701965 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, 28/07/2020

42 - Assinatura do

41 - Assinatura da vítima/beneficiário

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010240/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/03/2020 09:36 Data/Hora Fim: 08/03/2020 09:48
Delegado de Polícia: Fernando Bruno de Souza

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 05/03/2020 18:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Cidade Satélite
Logradouro: Av. Do Sol
Complemento: Em frente ao lava jato

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GILVANE SAGICA CARNEIRO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 31/05/1984 Idade: 35 anos
Naturalidade: PA - Belém Profissão: Do Lar
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Gilce Marques Sagica

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 861.729.802-20
RG - Carteira de Identidade: 225370

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Águia Nº: 129
Bairro: JARDIM PRIMAVERA
Telefone: (95) 99123-3230 (Celular)

Nome Civil: VITORIA VALENTINA SAGICA CARNEIRO MESQUITA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 07/02/2018 Idade: 2 anos
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Águia Nº: 129
Bairro: JARDIM PRIMAVERA

Nome Civil: VANESSA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Idade: 20 anos
Estado Civil: Sem Informação



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010240/2020

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Telefone: (95) 98105-3649 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado (a),

A comunicante acima qualificada compareceu a esta unidade policial para relatar um acidente de trânsito no local acima descrito, no qual a autora colidiu contra a bicicleta onde estava a vítima e se evadiu sem prestar socorro, que a vítima teve fratura no pé e ficou internada por dois dias. É o relato.

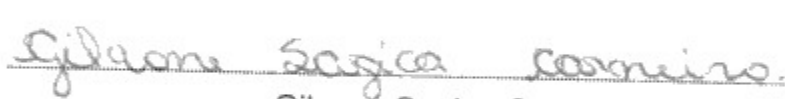
ASSINATURAS


Francisco Lemos Nobre Filho

Agente Carcerário

Matrícula 42000117

Responsável pelo Atendimento


Gilvané Sagica Carneiro

(Comunicante)

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



Daniel Antonio de Aquino Neto

Tabelião e Registrador



CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME

2ª VIA

VITÓRIA VALENTINA SAGICA CARNEIRO MESQUITA

CPF

071.975.802-50

MATRÍCULA

158295 01 55 2018 1 00198 254 0114668 11

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

SETE DE FEVEREIRO DE DOIS MIL E DEZOITO

Dia

07

Mês

02

Ano

2018

HORA DE NASCIMENTO

10:39

NATURALIDADE

Boa Vista/RR

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO

Boa Vista/RR

LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

HMI- Nossa Sra de Nazareth - Boa Vista/RR

SEXO

feminino

FILIAÇÃO

HENWILDO DA SILVA MESQUITA e GILVANE SAGICA CARNEIRO.

AVÓS

**FRANCISCO DAS CHAGAS BRITO MESQUITA e MARIA RITA DA SILVA MESQUITA ;
WALDEMIR CARNEIRO e GILCE MARQUES SAGICA.**

GÊMEOS

NÃO

NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS

DATA DO REGISTRO DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

VINTE E SEIS DE ABRIL DE DOIS MIL E DEZOITO

DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30-75308400-9

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES À ACRESCEER

Declarante a mãe. A declarante optou, conforme art. 54, Rª 4º, da LRP, por ser a registrada natural do Município de Boa Vista-RR.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

CEP Residencial

69314-184

Grupo Sanguíneo

A+

As anotações de cadastro acima não dispensam a parte interessada da apresentação do documento original, quando exigido pelo órgão solicitante ou quando necessário para identificação de seu portador.

Nome do Ofício:

Cartório do 2º Ofício

Oficial Registrador: DANIEL ANTONIO DE AQUINO NETC

Município: Boa Vista / RR

End.: Avenida Gal Ataíde Teive, 4307

Telefone: (95)3627-4186

E-mail: 2oficioboavista@cartorioaquino.com.br

Consulte o selo eletrônico em <https://cidadao.portalselorr.com.br>

BUSCAS158295PMJBTGA9DSGPDD50, CERT2V1582952IQ96UJS3ONL6334

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé.
Boa Vista/RR, 12 de setembro de 2018.

Junio Cesar de Oliveira Freitas
Escrevente Autorizado

**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: 5610584

CLEYDIANE DIAS FONTES

R. AGUIA, 129 ,

JARDIM PRIMAVERA

69314202 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 386359	MÊS 07/2020	PERÍODO DE CONSUMO 17-JUN-20 a 20-JUL-20
CONSUMO (kWh) 59	VENCIMENTO 26-AUG-20	TOTAL A PAGAR R\$ 61,81

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 386359	MÊS 07/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 61,81
-------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

836300000004.618100750008.000000000380.635907200052





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
-------------------------	----------------	-----------------------------

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF
114807 SSP RR

CPE
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

750009.000000001081.917005200055



OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

JUSCELINO KUBITSCHEN PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Stênio Imaculado de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Gilvane Siqueira Correia inscrito (a) no CPF sob o Nº 861.729.802 / 20

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Victoria V. Siqueira Correia Mesquita

inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.975.802 / 50 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: <u>Rua Antônio P. Calvao</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Bea Vista</u>	Cidade: <u>Bea Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>XXXXXXX@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98404-5368</u>

Local e Data: Bea Vista - RA, 21/07/2020

Assinatura do Declarante





Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde - SMSA
Hospital da Criança Santo Antônio

PRONTUÁRIO

75967

213336	Urgência/Emergência	07/09/2019
259352	Urgência/Emergência	05/03/2020
260299	Externo	10/03/2020
261983	Externo	17/03/2020

Cartão do SUS:

898005860142279

Data Nascimento:

00:00:00:00

Sexo:

F

Nome:

VITORIA VALENTINA SAGICA CARNEIRO

Mãe:

GILVANE SAGICA CARNEIRO

Santo Hosp

30072238



VITORIA VALENTINA SAGICA CARNEIRO
FEM 2A 05/03/2020 19:58:52
EMERGENCIA P.A

Ficha de Atendimento
URGENCIA/EMERGENCIA
Cor Classificação: LARANJA

Senha: UE0132

Data de Emissão: 05/03/2020 18:50
Usuário do Cad: PALLOMA MOJZA



259352.0

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 75967 Data Nascimento: 07/02/2018
Nome do Paciente: VITORIA VALENTINA SAGICA CARNEIRO
Sexo: FEMININO
Endereço: RUA DAS ORQUIDEAS
Bairro: PRIMAVERA
CEP: 69305130
Naturalidade:
Cidade: BOA VISTA
Telefone:
CNS: 898005860142279
Nome da Mãe: GILVANE SAGICA CARNEIRO

Idade: 2 Anos / 0 Mês / 27 Dias

Número: 251

DADOS DO RESPONSÁVEL

Responsável: GILVANE SAGICA CARNEIRO
Identidade:

Parentesco: MAE
CPF:

Fone:

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 259352 Data Atendimento: 05/03/2020 18:50:25 Data Classificação: 05/03/2020 18:50
Origem: RECEPÇÃO URGENCIA/EMERGENCIA Tipo: UE || URGENCIA E EMERGENCIA
Local de Procedência: DOMICILIO
Queixa Principal: ESCORIAÇÕES NA PERNA DIREITA, ACIDENTE DE MOTO

Observação:

Peso: 11,5 KG Temp.: 37 Usuário triagem: AILTON DOS REIS MORAES

ANAMNESE HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

19/3/20
Escoriações na perna direita de
Bom estado clínico
Sem sinais de infecção
Sem febre
Sem outros sintomas
Sem alterações no exame físico

EXAMES SOLICITADOS:

Sem exames solicitados

CONDIÇÃO:

Em observação

Solicitar Rx de tornozelo

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente/Responsável

ORSEURO x 12 WBS

GRUP.

Difilum 0.5 ml cu

Dirto Para Tumor

10/03/2020 07:45h

5

2

06/03/2020 às 07:45h

Acuteza dita. Tem dor abdominal.

Não consegue deambular.

Leuc 16.550

Hb 65%

Ht 22,3%

Hb 12,1

Ht 37,5%

Pkt 376.000

PCR 12,93

contar vacinal
atualizado, mic.

Neuro Glasgow 15, pupilas ívoc e
fotoreag.

AR MV+ hñ sIRA

AC RCR 2TBNFSS

ABD flácido, RHA+ indol.

perna ① úlcera ulcerada
extensa 20cm + edema +
flogose. Dificuldade pl mobi-
lizar pe ①.

co: 1) av. ortopédica.

2) alta após curativo

3) cefalexina + sulf.
meta



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 225370 DATA DE EXPEDIÇÃO 31/08/2018

Nome **GILVANE SAGICA CARNEIRO**

FILIAÇÃO **WALDEMIR CARNEIRO**
GILCE MARQUES SAGICA

NATURALIDADE **BELEM - PA**

DOC. ORIGEM **CERTD NASC 1949 FLS 251 LIV 82**
6º OF MANAUS-AM

CPF 861.729.802-20

DATA DE NASCIMENTO **31/05/1984**

AMADEU ROCHA TRIANI
 Perito Probatório da Polícia Civil
 Diretor do SOC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

2ª VIA

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



Gilvane Sagica Carneiro

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



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
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF
114807 SSP RR

CPE
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

JUSCELINO KUBITSCHEN PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE

750009.000000001081.917005200055



Daniel Antonio de Aquino Neto

Tabelião e Registrador



CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME

2ª VIA

VITÓRIA VALENTINA SAGICA CARNEIRO MESQUITA

CPF

071.975.802-50

MATRÍCULA

158295 01 55 2018 1 00198 254 0114668 11

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

SETE DE FEVEREIRO DE DOIS MIL E DEZOITO

Dia

07

Mês

02

Ano

2018

HORA DE NASCIMENTO

10:39

NATURALIDADE

Boa Vista/RR

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO

Boa Vista/RR

LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

HMI- Nossa Sra de Nazareth - Boa Vista/RR

SEXO

feminino

FILIAÇÃO

HENWILDO DA SILVA MESQUITA e GILVANE SAGICA CARNEIRO.

AVÓS

**FRANCISCO DAS CHAGAS BRITO MESQUITA e MARIA RITA DA SILVA MESQUITA ;
WALDEMIR CARNEIRO e GILCE MARQUES SAGICA.**

GÊMEOS

NÃO

NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS

DATA DO REGISTRO DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

VINTE E SEIS DE ABRIL DE DOIS MIL E DEZOITO

DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30-75308400-9

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES À ACRESCEER

Declarante a mãe. A declarante optou, conforme art. 54, Rª 4º, da LRP, por ser a registrada natural do Município de Boa Vista-RR.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

CEP Residencial

69314-184

Grupo Sanguíneo

A+

As anotações de cadastro acima não dispensam a parte interessada da apresentação do documento original, quando exigido pelo órgão solicitante ou quando necessário para identificação de seu portador.

Nome do Ofício:

Cartório do 2º Ofício

Oficial Registrador: DANIEL ANTONIO DE AQUINO NETC

Município: Boa Vista / RR

End.: Avenida Gal Ataíde Teive, 4307

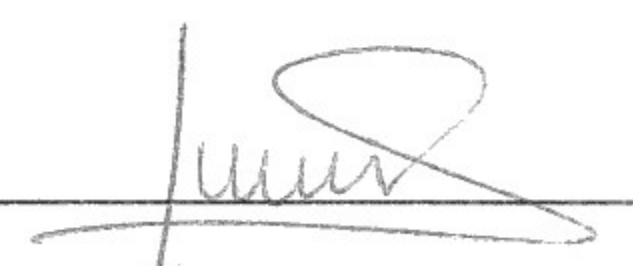
Telefone: (95)3627-4186

E-mail: 2oficioboavista@cartorioaquino.com.br

Consulte o selo eletrônico em <https://cidadao.portalselorr.com.br>

BUSCAS158295PMJBTGA9DSGPDD50, CERT2V1582952IQ96UJS3ONL6334

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé.
Boa Vista/RR, 12 de setembro de 2018.



Junio Cesar de Oliveira Freitas
Escrevente Autorizado

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200274084 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VITORIA VALENTINA SAGICA **Data do acidente:** 05/03/2020 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS
CARNEIRO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL.
TRAUMA CONTUSO DE PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P3,4)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Giliane Siqueira Carneiro
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônoma
IDENTIDADE:	225370 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Aguiar, 129, Jardim Primavera

OUTORGADO

NOME:	Glair Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônoma
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Antonio 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: ____/____/____, cobertura _____, vítima: _____

LOCAL E DATA

Giliane Siqueira Carneiro

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0215229/20

Vítima: VITORIA VALENTINA SAGICA CARNEIRO

CPF: 071.975.802-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/03/2020

Titular do CPF: VITORIA VALENTINA
SAGICA CARNEIRO

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
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

GILVANE SAGICA CARNEIRO : 861.729.802-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 03/08/2020
Nome: GILVANE SAGICA CARNEIRO
CPF: 861.729.802-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/08/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

GILVANE SAGICA CARNEIRO

MANOEL COELHO NETO