

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: 01/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WALDISLEY BASTOS DA COSTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01036-7

CONTA: 000000006229-4

Nr. da Autenticação 9316E41DBF3EA575

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180034565 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALDISLEY BASTOS DA COSTA **Data do acidente:** 30/10/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA E GROSSEIRA COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO E MÃO ESQUERDA. DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO E MEMBRO

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 30 DIAS, FEZ FISIOTERAPIA E RECEBEU ALTA EM JANEIRO/2018

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO EM GRAU MODERADO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/01/2018

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM ANÁLISE DO MÉDICO EXAMINADOR, A FRATURA DO PUNHO ESQUERDO CONSOLIDOU-SE DE MANEIRA VICIOSA IMPACTANDO COM PREJUÍZO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Médico examinador: REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO

CRM do médico: 1032

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 funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau médio - 50 % | 35% | R\$ 4.725,00 |
| Total | | | 35 % | R\$ 4.725,00 |

PRESTADOR

AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

Médico revisor: Juliana Amendola A Bianchi

CRM do médico: 52.84127-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Juliana Amendola A Bianchi

LAUDO DE VERIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do Examinado(a): WALDISLEY BASTOS DA COSTA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua OP XII 738 Operário

Identificação - Orgão Emissor /UF/ Número: 382.506.672-04

Data e local do exame: Boa Vista/RR, 29/01/2018

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s):

VÍTIMA DE ACAPOTAMENTO DE CARRO SOFREU FRATURA DO PUNHO E. NO EXAME FÍSICO OBSERVO CONSOLIDAÇÃO VICIOSA GROSSEIRA COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO E MÃO E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO E MEMBRO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? (X)Sim ()Não

*** Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V *), se necessário.**

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? (X)Sim ()Não

*** Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V*).**

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 30 DIAS, FEZ FISIOTERAPIA E RECEBEU ALATA EM JANEIRO/2018

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? (X)Sim ()Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MSE DECORRENTE DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA + LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO + DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR

*** Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o cano permanente no item IV opções "b"**

IV. Segundo o 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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem seqüela 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela): MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações *.

() Total = "100% da IS"

V. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal:



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

Carimbo com nome e CRM

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

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



| | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|---|--|
| 1700858740 | | 30/10/2017 19:24:50 | | FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA | | NOTURNO 19- 10 | |
| Paciente WALDISLEY BASTOS DA COSTA | | Data Nascimento 10/12/1975 | | Idade 41 A 10 M 20 D | | CNS 126869940200008 | |
| Tipo Doc IDENTIDADE | | Documento M | | Órgão Emissor Data Emissão SOITEIRO (APARDA) | | CPF 07 | |
| Mão NILZA BASTOS DA COSTA | | Estado Civil Pai | | Raça/Cor BRASILEIRA | | Nacionalidade BRASILEIRA | |
| Endereço RUA - OP-12 - 738 - OPERARIO - BOA VISTA - RR | | Contato (95) 99130-2469 | | Ocupação | | | |
| Class. de Risco | | Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | | Nº da Carteira | | Validade | |
| Motivo do Atendimento OUTROS | | Caráter do Atendimento URGÊNCIA | | Profissional do Atend. | | Autorização | |
| Sede GRANDE TRAUMA | | Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA | | Procedimento Sol. | | Temp. Peso Pressão | |
| Quaixa Principal | | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril | | <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório | | <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue | |
| Anamnese de Enfermagem | | GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 | | TOTAL | | | |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) Paciente com queda no ultimo dia 5 horas. | | | | | | | |
| Exame Físico Begido to, PA, Espúeo | | | | | | ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 10 JAN 2019 | |
| Hipótese Diagnóstica fratura de pulso TE | | | | | | GENTE SEGURADORA S/A Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Boa Vista - RR | |
| SADT - Exames Complementares <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: | | | | | | | |
| PRESCRIÇÃO | | APRAZAMENTO | | OBSERVAÇÃO | | | |
| ① Difenidramina 1g ② | | | | | | | |
| ③ clonit 10g ④ | | | | | | | |
| A ortopedia | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Má 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para: _____ Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____ | | | | | | | |
| óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica | | | | | | | |
| Assinatura do Paciente ou Responsável | | Carimbo e Assinatura do Médico | | | | | |
| Impresso por: atlas.gonzaga Data Hora: 30/10/2017 19:25:37 | | 30/10/2017 | | | | | |
| 1700858740 | | | | | | | |

Ortopedia / 13:35h

laçante com fratura de rádio distal

E.

Edema discreto e dor.

Rx: fratura de rádio distal.

Sem desvio.

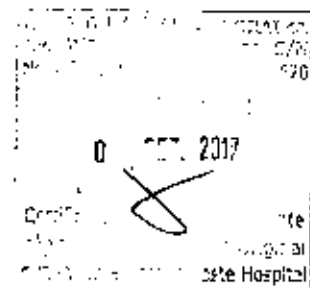
o.p: Gesso avulsão-palmar.

Retorno HCM 8/11/17.

An

Analgésico

Bruno Bruno Rodrigues Coelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1732





GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Waldiney B. Costa RECEITUÁRIO

laudo

laudo com fratura do rádio
data do 30-10-17. Em trata-
mento ortopédico. Deve apar-
tar suas atividades por
60 (sessenta) dias

DATA 3.11.17

Assinado por: Dr. Waldiney B. Costa
Médico
CREMER 1788

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro-Boa Vista RR
CEP: 69.301-150 - CNPJ 04.013.400/0001-90

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 JAN 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Rua Coronel Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

André Daniel Aguiar
serviços gerais
tel. 99130-2469



Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Estado da Gestão Estratégica e Administração
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

Comunicação do Resultado do Exame Médico - Pericial

Nome: WALDISLEY BASTOS DA COSTA Lotação: SEED Matrícula: 40001611

- ☐ Servidor está **INCAPAZ** definitivamente para o serviço público a partir de/...../.....
- ☐ O pedido de licença foi **INDEFERIDO**
- ☒ O servidor está incapacitado de 29/12/17 até 27/02/18 para o exercício de suas funções-
- ☒ SAÚDE PRÓPRIA
- ☐ ASSISTENCIA A PESSOA DA FAMÍLIA
- ☐ ACIDENTE EM SERVIÇO
- ☐ LICENÇA MATERNIDADE
- ☐ Está o servidor **INCAPAZ** para o exercício de funções correlatas? () Sim () Não
- ☐ O servidor encontra-se **APTO** para o exercício de suas funções.
- ☐ Notificou **ACIDENTE EM SERVIÇO** sem necessidade de afastamento.

Ciente do Servidor

Boa Vista - RR, 03/01/18

WALDISLEY BASTOS DA COSTA

Assinatura do Servidor

Assinatura e Carimbo do Membro da DPMST

Dr. Camilo José T. Salomão
Membro da JMI/SECAD
RR-RR 108

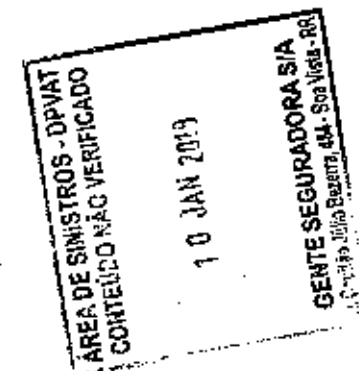
LOS - DPMST
VERIFICADO

03 JAN 2018

SEGURODORA S/A
Rua 404 - Boa Vista - RR



Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Estado da Gestão Estratégica e Administração
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"



Comunicação do Resultado do Exame Médico - Pericial

Nome: WALDISLEY BASTOS DA COSTA Lotação: SEED Matrícula: 40001611

- ☐ Servidor está INCAPAZ definitivamente para o serviço público a partir de/...../.....
☐ O pedido de licença foi INDEFERIDO.
☒ O servidor está incapacitado de...30/...10/...13...até...28/...12/...13...para o exercício de suas funções-
(X) SAÚDE PRÓPRIA
() ASSISTENCIA A PESSOA DA FAMÍLIA
() ACIDENTE EM SERVIÇO
() LICENÇA MATERNIDADE
☒ Está o servidor INCAPAZ para o exercício de funções correlatas? (X) Sim () Não
☐ O servidor encontra-se APTO para o exercício de suas funções.
☐ Notificou ACIDENTE EM SERVIÇO sem necessidade de afastamento.

Ciente do Servidor

Boa Vista - RR, 06 / 11 / 13

WALDISLEY BASTOS DA COSTA

Assinatura do Servidor

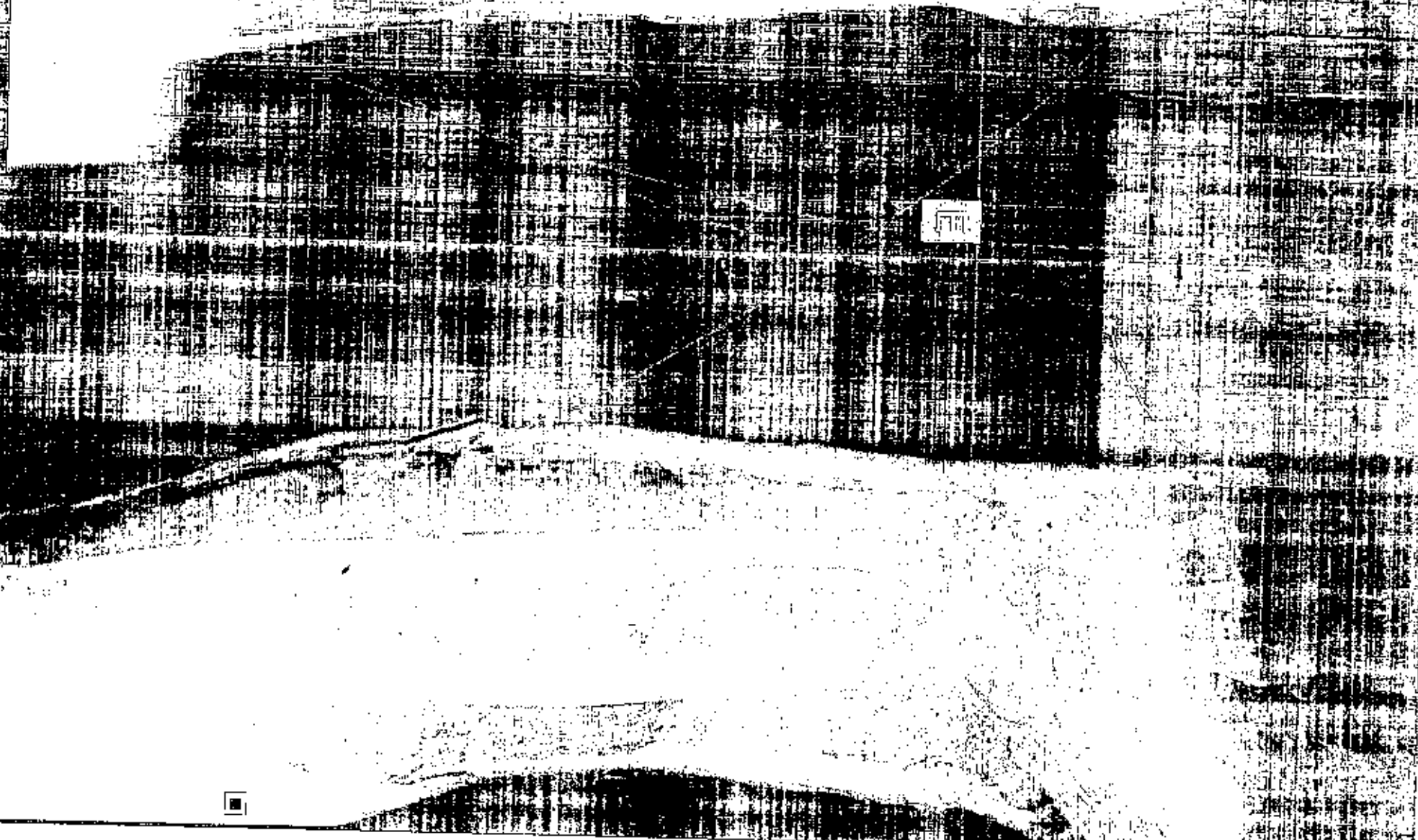
MARCIA MARCELO FONSECA
Membro da DPMST

Assinatura e Carimbo do Membro da DPMST

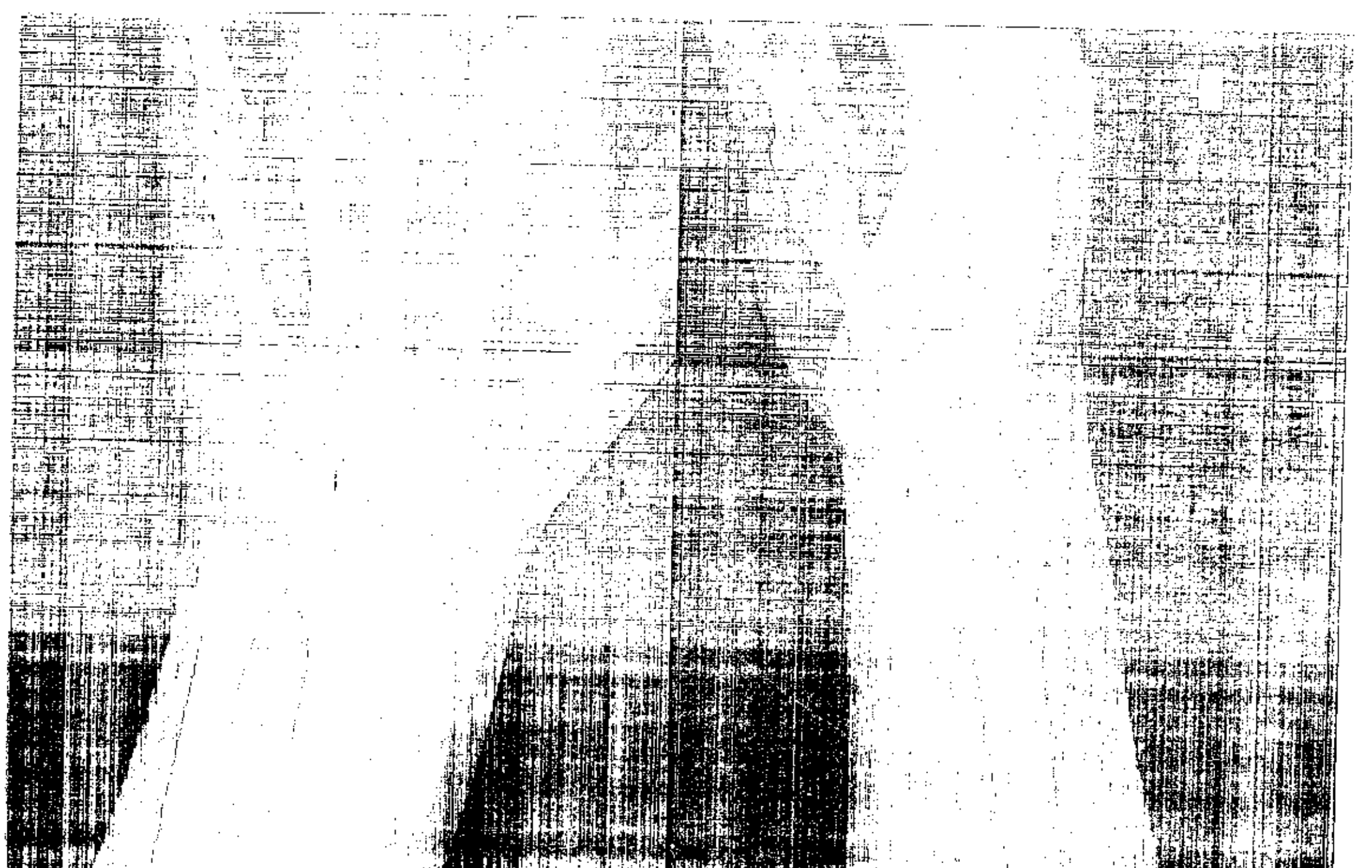
Waldemar Gomes Vitorino
FICAD / DPM / SEED
Matr. 020114412

| | |
|--------------------------------------|--------------------|
| DIVISÃO DE CADASTRO - DICAD/DRH/SEED | |
| RECEBIDO | |
| EM | 06 / 11 / 2013 |
| HORA | 1 |
| ASS | Fátima S. V. Paiva |

FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION



STUDIO COSTA



80.9%

30/10/2017 19:09:52

84.4%

30/10/2017 19:09:52

WALDISLEY BASTOS DA COSTA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 CAMINHO VERDE DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 SECRETARIA NACIONAL DE HABITACAO

NOME
 JOSE DE SOUSA VIANA

DOC. IDENTIFIC. (CAR. BRASILEIRO)
 120677 832 BR

CPF
 302.513.162-20

DATA NASCIMENTO
 09/02/1968

FILIAÇÃO
 JOSE MARIA DE JESUS
 VIANA
 MARIA JOANA DE SOUSA

PERMISSÃO
 01/12/2015

CAT. HAB.
 11/12/1992

INSCRIÇÃO
 00108172605

VALIDA EM TODOS
 O TERRITORIO NACIONAL
 1356318774

PROVIDA A IDENTIFICACAO
 1356318774

LOCAL
 RUA VISTA - BOCAIMAS

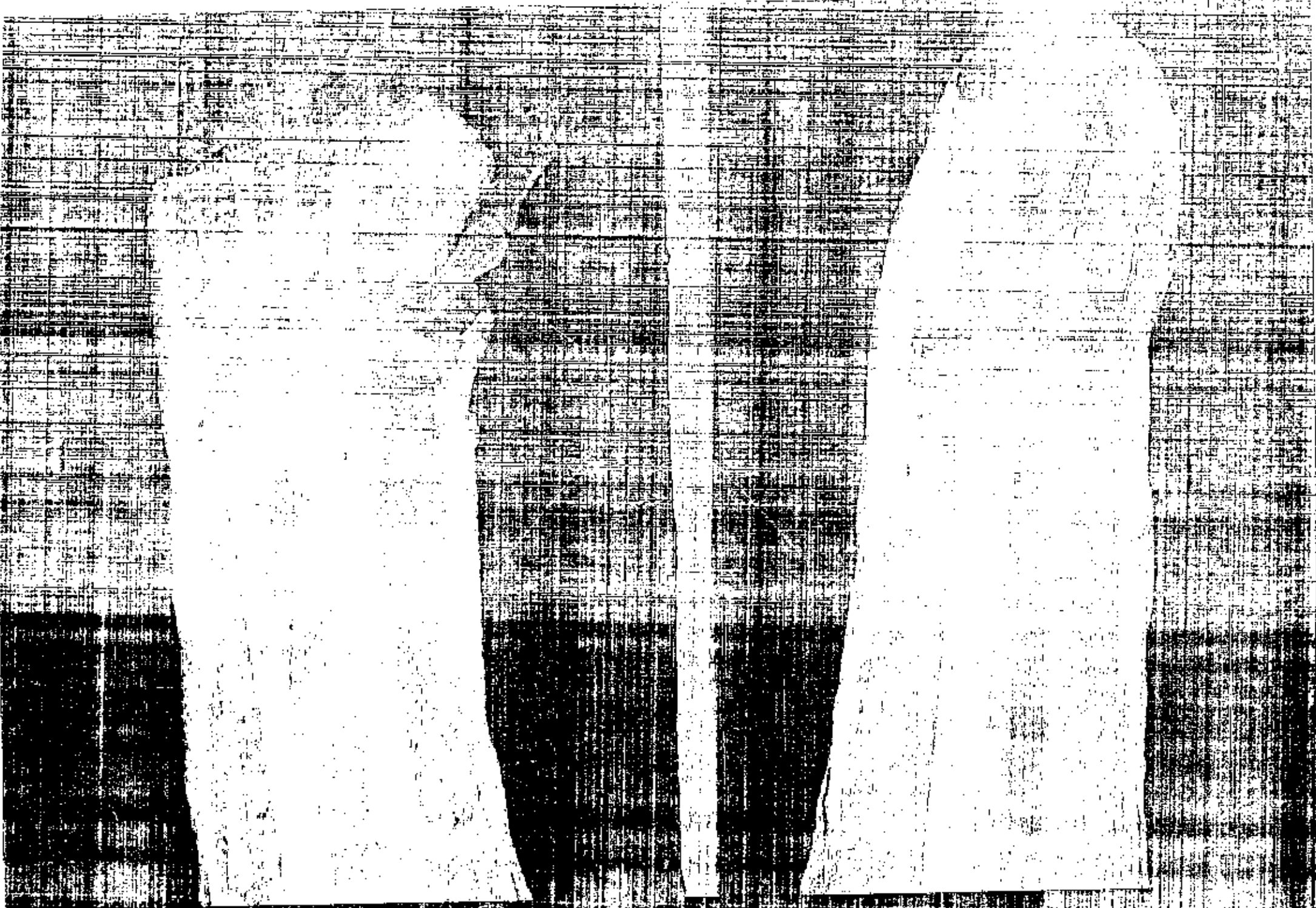
DATA DE EMISSAO
 02/12/2015

95978672516
 RR209048760

ASSINATURA DO PROPRIETARIO
 JOSE DE SOUSA VIANA

ASSINATURA DO PROPRIETARIO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO HAJ VERIFICADO
 10 JAN 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 Caixa 1000, Centro, 44.150-000 Vitória - ES



WALDISLEY BASTOS DA COSTA

PRINCIPAL GERAL DE RORAIMA

30/10/2017 15:09:52

821

PMRR-1ºBPM**RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL**SÉRIE J
Nº 065802

| | | | | | | | |
|-----------|------------|------------------|---------|----------|-------|-------|-------|
| Vt/ | SUCp | Data | S/Setor | H/Transm | H/Ini | CH/H | H/Fi |
| 646 | 1ºBPM | 30/10/17 | LESTE | 17:25 | 17:25 | 17:35 | 18:30 |
| Cód. Oc. | Cód. Prov. | Cód. Ser. Prest. | Km/Ini. | Km/Fim | | | |
| 1003/1001 | 13999 | ***** | 30555 | 30567 | | | |

LOCAL DE OCORRÊNCIAEnd.: **RR 205 - ENTRADA DO VILA JARDIM** Bairro: **Cidade Satélite** Refe.: **Rotatória****PESSOAS RELACIONADAS**

| | | | | |
|-----------------|--------------|-----------------------------|-----------|--------------|
| 1 | Conductor | Nome: Não identificado | Idade: -- | E. Civil: -- |
| Endereço: _____ | | | | |
| Edt. R.G. | CNI | Profissão: | | |
| 2 | Proprietário | Nome: Juventino Gomes Nerys | Idade: -- | E. Civil: -- |
| Endereço: _____ | | | | |
| Edt. R.G. | CNH | Profissão: | | |

Objetos apreendidos; documentos e varias

01- CRLV do veiculo de placa JXA-8411 Peugeot de cor prata

POLÍCIA MILITAR - RR
CPC P2-P3
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 07/11/17
PC ADAMSON

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S):

ASSINATURA: *Juventino* CARGO: **HPC** LOCAL: **3º DP 01 18:30H****HISTÓRICO****Senhor(a) Delegado(a) do 3ºDP**

Venho por meio deste, informar a vossa senhoria que conforme determinação da CIOPS, deslocamos ao endereço acima citado para averiguar uma ocorrência de acidente de trânsito no local acima citado. Ao chegamos ao local fizemos contato com populares que lá estavam que nos informaram que um senhor trafegava na RR 205 entrada do VILA JARDIM mais precisamente na rotatória o mesmo teria batido no canteiro da rotatória vindo a perder o controle do veículo e vindo a capotar. Ainda segundo os populares presente no local o indivíduo que conduzia o veículo saiu do veículo após o capotamento se sentou por alguns instantes e em seguida abandonou o local do acidente. Informo ainda que o veículo não possuía restrição e estava em situação regular e que o veículo ficou no local do ocorrido tendo em vista ninguém conhecer o condutor e que o acidente não causou danos a terceiros. Informo ainda em tempo que até o fechamento dessa ocorrência policial nenhum cidadão se apresentou sendo o condutor do veículo e nem deu entrada no hospital HGR com envolvimento em acidente. Que o veículo de placa JXA-8411 Peugeot de cor prata apresenta avarias em todo o veículo. É o relato.

ANTONIO MARQUES

41.551-0

Nº

SD/PM

Pasta/Graduação

1ª CIA/1ºBPM

SUOp

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 144 - Boa Vista - RR

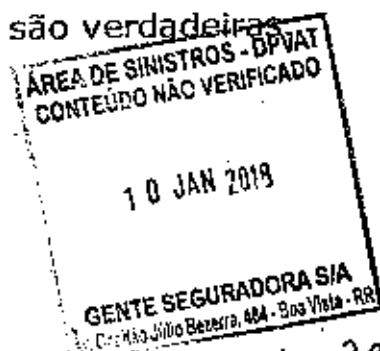
DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE SERVIÇO PÚBLICO

EU: WALDISLEY BASTOS DA COSTA,
portador da carteira de identidade de nº 119.016 SSP/RR, e
CPF nº 382.506.672-04, residente e domiciliado à
RUA - OP. XII Nº 738 BAIRRO OPERARIO,
na Cidade de BOA VISTA - Roraima.

DECLARO para os devidos fins de direito e em especial à Seguradora
Lider dos Consórcios que, fui socorrido por terceiros e levado ao
pronto socorro, mesmo existindo serviço de atendimento de
emergência na cidade. Tal feito se deve a insuficiência técnica e
operacional do serviço, onde a demanda não é suprida por falta de
investimento do poder público.

Declaro sobre as penas da Lei nº 7.115/83 e do art. 299 do Código
Penal Brasileiro, que as declarações acima são verdadeiras.

Ao dispor para eventuais esclarecimentos.



BOA VISTA, 04 de JANEIRO de 2018

WALDISLEY BASTOS DA COSTA

ASSINATURA DO DECLARANTE

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 ASI

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

382.506.672-04

WALDISLEY BASTOS DA COSTA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | |
|---|----------------------------|---|-----------------------------|
| Nome completo WALDISLEY BASTOS DA COSTA | | CPF titular da conta 382.506.672-04 | Profissão Recusou |
| Endereço RUA OP XII | | Número 738 | Complemento |
| Bairro OPERARIO | Cidade BOA VISTA | Estado RR | CEP 69.316-294 |
| Email memato Silva 638 @ gmail. com | | | Telefone (DDD) |

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | |
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRAPFSCO (234) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (1341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome BANCO DO BRASIL NRO 003 AGÊNCIA NRO 1036 DUV 7 CONTA NRO 6.229 DUV 4 (Informar dígito se existir) (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 Lider 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 04 de JANEIRO de 2018

Local e Data

WALDISLEY BASTOS DA COSTA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
03/01/2018 AUTO-ATENDIMENTO 15:51:45
783773753 0000

SALDO DE CONTA CORRENTE
PARA SIMPLES CONFERENCIA

CLIENTE: WANDISLEY BASTOS DA COSTA
AGENCIA: 1036-7 6:229-4

SALDO

JUROS DISPONIVEL
0:00 TOF

BOMPRATODOS

Redução nas taxas de Juros e aumento no crédito
Banco do Brasil BOMPRATODOS
INFORMACOES CDC INDISPONIVEIS

Leia no verso como conservar este documento
entre outras informações

ÁREA DE SINISTROS - OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Celso de Mello Bazeira, 484 - Boa Vista - RR

415504



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040651/2017-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/11/2017 11:47 Data/Hora Fim: 07/11/2017 12:02
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP/PM SERIE J Nº065802 Data: 30/10/2017
Delegado de Polícia: Adriano Silva Severino Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 30/10/2017 17:25

Local do Fato

Município: Boa Vista

Logradouro: RR 205

Bairro: Cidade Satélite

Complemento: ENTRADA

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza | Meio(s) Empregado(s) | Lei Maria da |
|---|----------------------|--------------|
| 1095: Auto lesão - Acidente de trânsito | Veículo | Não |

ENVOLVIDO(S)

Nome: WALDISLEY BASTOS DA COSTA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Caracará

Sexo: Masculino

Nasc: 10/12/1975

Profissão: Funcionário Público

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: União Estável

Raça/Cor: Parda

Nome da Mãe: Nilza Bastos da Costa

Nome do Pai: Milton Getil da Costa

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Op XII

Nº: 738

Complemento: Casa

Bairro: Operário

Telefone: (85) 99130-2469 (Recado)

ÁREA DE PROTEÇÃO - DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

12 JAN 2018

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| | |
|---------------------------------------|---|
| Grupo Veículo | Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhone |
| Placa JXA8411 | Número do Chassi 10254 |
| Ano/Modelo Fabricação 2007/2006 | Cor PRATA |
| UF Veículo Roraima | Município Veículo Caracará |
| Marca/Modelo PEUGEOT/206 14 SENSAT FX | Modelo PEUGEOT/206 14 SENSAT FX |
| Veículo Adulterado? Não | Quantidade 1 Unidade |
| Situação Envolvido | |
| Nome Envolvido | Envolvimentos |
| Waldisley Bastos da Costa | Proprietário |



Delegado de Polícia Civil: Adriano Silva Severino Santos
Impresso por: Jefferson Inácio Araújo
Data de Impressão: 07/11/2017 12:02
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

RELATO/HISTÓRICO

CONFORME O ROP/PMRR SÉRIE J Nº. 065802, informar a vossa senhoria que conforme determinação da CIOPS, deslocamos ao endereço acima citado para averiguar uma ocorrência de acidente de trânsito no local acima citado. Ao chegarmos ao local fizemos contato com populares que lá estavam que nos informaram que um senhor trafegava na RR 205 num veículo de Placa JXA-8411 Peugeot de Cor Prata sentido alto alegre/boa vista e que quando o veículo chegou à entrada do VILA JARDIM mais precisamente na rotatória, Que o mesmo teria batido no canteiro da rotatória vindo a perder o controle do veículo e vindo a capotar. Ainda segundo os populares presente no local o indivíduo que conduzia o veículo saiu do veículo após o capotamento se sentou por alguns instantes e em seguida abandonou o local do acidente. Informo ainda que o veículo não possuía restrição e estava em situação regular, Que o veículo ficou no local do ocorrido, tendo em vista ninguém conhecer o condutor e que o acidente não causou danos a terceiros. Que até o fechamento dessa ocorrência policial nenhum cidadão se apresentou sendo o condutor do veículo e nem deu entrada no hospital HGR com envolvimento em acidente. Que o veículo de placa JXA-8411 Peugeot de cor prata apresenta avarias em todo o veículo. É o relato. O COMUNICANTE/VÍTIMA QUE NÃO POSSUI HABILITAÇÃO, COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR NESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA: QUE ERA O CONDUTOR DO VEÍCULO NO DIA QUE SE ENVOLVEU EM UM ACIDENTE DE TRÂNSITO E SOFREU LESÕES CORPORAIS. QUE APÓS O ACIDENTE FOI PARA A CASA DE UMA SOBRINHA QUE MORA PERTO DO LOCAL E SÓ PROCUROU ATENDIMENTO MÉDICO HORAS DEPOIS. QUE O VEÍCULO ESTÁ NO NOME DE JUVENTINO GOMES NERYS. É O ACRESCIMENTO/ADITAMENTO.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Responsável pelo Atendimento

07.11.2017

WALDISLEY BASTOS DA COSTA

Waldisley Bastos da Costa
Comunicante

WALDISLEY BASTOS DA COSTA

Waldisley Bastos da Costa
Vítima

POLICIA MILITAR DE RORAIMA

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) (recepta) responsável pelas informações acima relacionadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 334-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12353975

A/C: WALDISLEY BASTOS DA COSTA

Nº Sinistro: 3180034565
Vítima: WALDISLEY BASTOS DA COSTA
Data do Acidente: 30/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

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: WALDISLEY BASTOS DA COSTA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000001036-7

Conta: 000006229-4

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

| | | |
|------------------|-----|----------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 4.725,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

| | | |
|---|-----|----------|
| Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = | R\$ | 4.725,00 |
|---|-----|----------|

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

