

# 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: 12/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DULCIRA LEONILIA PINTO BARROSO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000028299-2

---

Nr. da Autenticação E40582CA3097A0EE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180434043      **Cidade:** São João da Baliza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DULCIRA LEONILIA PINTO BARROSO      **Data do acidente:** 12/02/2018      **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/12/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
		<b>Total</b>	<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink that appears to read 'Karla Souza'.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

## DECLARAÇÃO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 464 - Boa Vista - RR.

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que a Sr°. DULCIRA LEONILDA PINTO BARROSO RG:18963 SSP/RR deu entrada no Pronto Socorro Pronto Atendimento (PAAR) no dia 23/02/2018 às 14h e 20 min, recebeu os cuidados da equipe de plantão. Cód. de Atendimento: 1800912359.

Boa Vista-RR 10 de Maio de 2018.

Geraldo Oliveira Filho  
Gerente - SAME - HGR  
Mat. 20004001



## RECEITUÁRIO

NOME: Dulcineia Almílde Pinto Barros

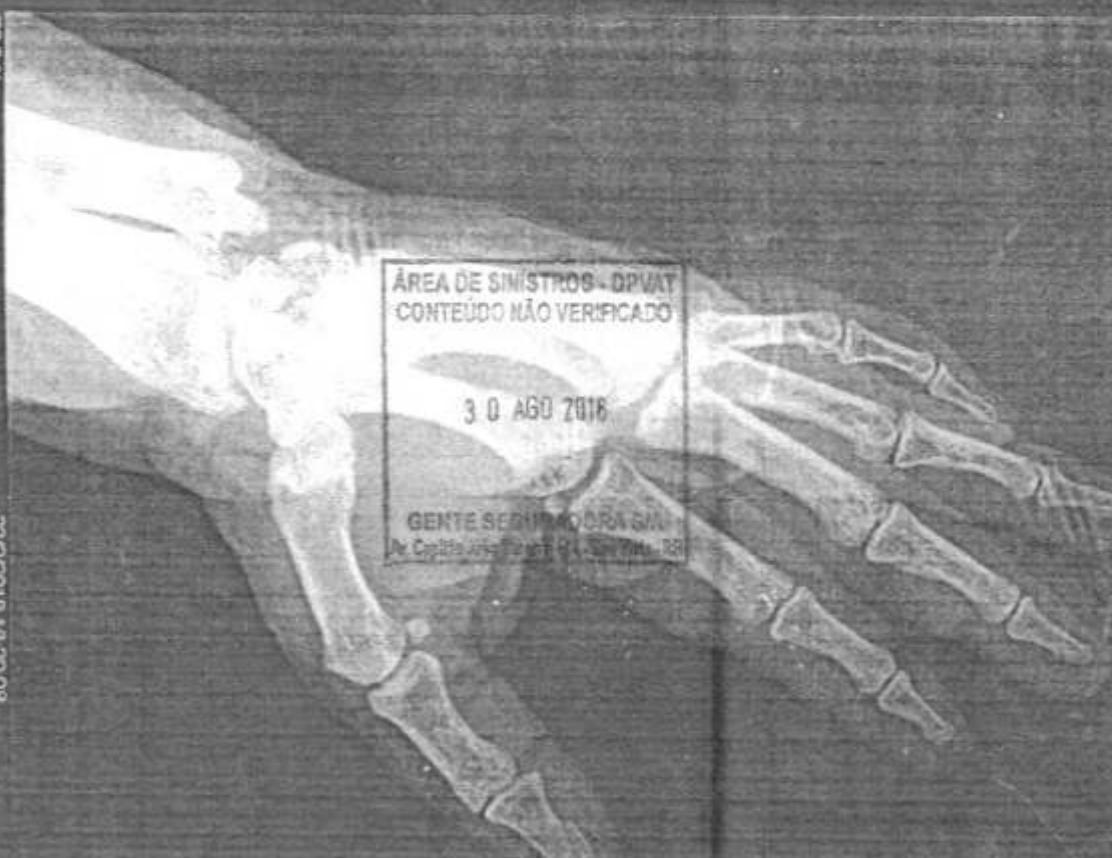
do DPVAT:

Este é o teste que a paciente acima citada, veio a este serviço devido a fratura de 5º dedo da mão esquerda. Foram realizados os procedimentos de mobilização da articulação e curativo, além de medicação analgésica e antiinflamatória. Solicito que tomem as devidas providências à paciente, já que esta não está em condições de uso normal de sua mão esquerda por pelo menos 60 dias.



DATA 23/02/18

*Namie Nakata*  
ASSINATURA ESCRIMBO



1800912359	23/02/2018 14:20:23	FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA				DIURNO 07-19	186		
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS			
<b>DULCIRIA LEONILDA PINTO BARROSO</b>		01/09/1965		52 A 8 M 9 D		898003278338792			
Tipo Doc		Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	CPF	Prontuário
IDENTIDADE		188963	SSP RR	06/08/2008	F	CASADO(A)	PARDA	27079252253	Nacionalidade
Mãe				Pai		PARINTINS - AM		BRASILEIRA	
MARIA DO CARMO MEIRELLES PINTO				SAMUEL BELCHOL PINTO				Contato	
Endereço								(95) 99148-6175	
RUA - TENENTE GUIMARAES - 906 - LIBERDADE - BOA VISTA - RR								Ocupação	

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
<b>AZUL</b>	<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
<b>SPA - PRONTO ATENDIM</b>	<b>URGÊNCIA</b>				<b>Pressão</b>
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			<b>110 x 70</b>
<b>PRONTO ATENDIMENTO</b>	<b>DEMANDA ESPONTANEA</b>			Registrado por:	
					<b>CASSIA ANDRADE</b>

**QUEIXA PRINCIPAL**  Síndrome Febre  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue  
DOR NO PEITO, DOR EM MÃO E, APÓS QUEDA DE MOTO HÁ 2 HORAS. DISPNEIA, SPO 99%.  
FC: 75 BPM,

**Anamnese do Enfermagem**  
NEGA : HAS , DM e ALERGIA MEDICAMENTOSA

Anamnese - (HORA DA CONSULFA - \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ h)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Exame Físico

**Hipótese Diagnóstica** GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capital, 500 Bairro: Boa Vista - RR

SADT - Exames Complementares

Alta por Decisão Médica  Ambulatório  
 Alta a Pedido  Observação (Até 24h)  
 Alta a Revelia  Internação

Transferência para: \_\_\_\_\_  Internação  
Data e Hora da Saída/Alta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

**Assinatura do Paciente ou Responsável** **Carimbo e Assinatura do Médico**

Impresso por: geraldo.oliveira  
Data Hora: 10/05/2018 11:01:43





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

## DECLARAÇÃO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 464 - Boa Vista - RR.

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que a Sr°. DULCIRA LEONILDA PINTO BARROSO RG:18963 SSP/RR deu entrada no Pronto Socorro Pronto Atendimento (PAAR) no dia 23/02/2018 às 14h e 20 min, recebeu os cuidados da equipe de plantão. Cód. de Atendimento: 1800912359.

Boa Vista-RR 10 de Maio de 2018.

Geraldo Oliveira Filho  
Gerente - SAME - HGR  
Mat. 20004001







**EMERGÊNCIA**  
GOVERNO DE RORAIMA  
SÉCRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA  
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



**RECEITUÁRIO**

NOME: Guilherme daemilda Pinto Barros

do DPVAT

Este é o ticket que o paciente acima citado, veio a este serviço desde o dia 06 de 5º de 2018 e não exposta. Foram realizados os procedimentos de mobilização da articulação sacroiliíaca, além de medicação analgésica e antiinflamatória. Solicito que tomem os devidos procedimentos ao paciente, já que esta não está em condições de uso normal de braço não ligado.

DATA 23/02/18

*Assinatura de Francisco daemilda Pinto Barros*  
ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0611

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO OILIO CRUZ

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO  
18/09/2013

DATA DE EXPEDIÇÃO  
11/08/2015

**DULCIRIA LEONILIA PINTO BARROSO**

SEXO: F  
NOME: DULCIRIA LEONILIA PINTO BARROSO  
NASCIMENTO: 01/09/1965

PLACARO

**SAMUEL BELCHOU PINTO**

NOME: SAMUEL BELCHOU PINTO  
NASCIMENTO: 01/09/1965

**MARIA DO CARMO NEIRELLES PINTO**

NOME: MARIA DO CARMO NEIRELLES PINTO  
NASCIMENTO: 01/09/1965

**PARENTS: AN**

DOC. OFICIAL

**CERTO CAS 591 FLS 195 LIV B-2**

PARTINTINS - AN

**270.792.522-53**

**AMARELA ROCHA TRAJANO**

2 VIA

LEI N° 7.116 DE 29/09/83

**Dulcilia Leonilia Pinto Barroso**

**ALBINARIA DO FILHULAR**

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

**Polegar Direito**




ÁREA DE SINISTROS - DPIAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2018

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

LEI N° 7.116 DE 29/09/83

30 AGO 2016

GENTE SEGURADORA S/A  
Centro de Atendimento à Vida - RR

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETAN - RR

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 011885321125

AN.F.C.

DETAN

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

0043343

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2018

**Aos Cuidados de:** DULCIRA LEONILIA PINTO BARROSO

**Sinistro:** 3180434043

**Vítima:** DULCIRA LEONILIA PINTO BARROSO

**Data do Acidente:** 12/02/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**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 **3180434043** 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](http://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**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0321204 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.

**E 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

270.792.522-53

Nome completo da vítima

Dulcire Leonilia P. Barroso

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Dulcire Leonilia Pinto Barroso	270.792.522-53	Recebedor
Endereço	Número	Complemento
Rua 05	121	CASA
Bairro	Estado	CEP
Cidade Satélite	RR	69317-471
Email	Telefone (DDD)	
nonato.silva.638@gmail.com	95	91144021/991214482

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 type="checkbox"/> RECUZO 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	

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA N.º: 3027 DIV. 000028299 D.V. 2  
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO N.º: \_\_\_\_\_ N.º: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA N.º: \_\_\_\_\_ DIV. \_\_\_\_\_ D.V. \_\_\_\_\_ CONTA N.º: \_\_\_\_\_ D.V. \_\_\_\_\_  
(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.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

BOR VISTA, RR de 06/08/2018  
Local e Data

30 AGO 2018

Dulcire Leonilia Pinto Barroso

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capital, 1111, Centro, RR - BOR VISTA - RR



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029556/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/07/2018 08:41 Data/Hora Fim: 23/07/2018 08:55  
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 12/02/2018 10:00

Local do Fato

Município: São João da Baliza (RR)  
Logradouro: Rua São Lázaro

Bairro: Universo

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: DULCIRA LEONILIA PINTO BARROSO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AM - Parintins Sexo: Feminino Nasc: 01/09/1965  
Profissão: Do Lar  
Estado Civil: Divorciado(a)

Nome da Mãe: Maria do Carmo Meireles Pinto

Nome do Pai: Samuel Belchou Pinto

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 188963  
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 270.792.522-53

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Endereço

Município: Boa Vista - RR

30 AGO 2018

Logradouro: Avenida Nossa Senhora de Nazaré

Nº: 2502

Complemento: apt 03

Barro: Caimbé

Telefone: (95) 99121-4482 (Celular)

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

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Placa: NAN6952

Número do Chassi: 31416

Ano/Modelo Fabricação: 2012/2012

Cor: Cinza

UF Veículo: Roraima

Município Veículo: Boa Vista

Marca/Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI

Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI

Veículo Adulterado?: Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Dulcira Leonilia Pinto Barroso	Exibidor

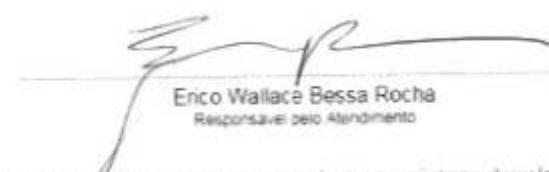
## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029556/2018

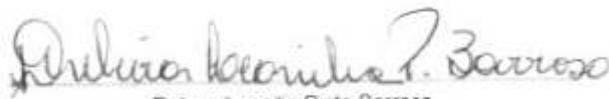
### RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que trafegava pela Rua São João, no município de São João da Baliza, sentido centro, como garupa da motocicleta acima descrita, conduzida por CESAR FERNANDES DA SILVA e de propriedade do mesmo quando um cachorro atravessou a referida rua, fazendo com que colidisse com o animal. Que devido ao impacto, caiu e sofreu lesões corporais. Que NAO DESEJA REPRESENTAR criminalmente. Que registra somente para fins de seguro DPVAT. Era o relato

### ASSINATURAS



Enrico Wallace Bessa Rocha  
Responsável pelo Atenção



Dulcira Leonilia Pinto Barroso

(Comunicante / Vítima)

Declaro para os efeitos da lei de direito que sou civil, informado e responsável pelas informações acima assentadas e que não posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que fiz, em que, conforme consta nos Artigos 339-Denúncia; 340-Comunicação Pública de Crime ou de Conveniência do Código Penal Brasileiro.

DAT  
23 JUL 2018  
AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
30 AGO 2018  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 414 - Boa Vista - RR