

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

Valoração 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
Total			2,5 %	R\$ 337,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

1800912359		23/02/2018 14:20:23		FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA		DIURNO 07-19		186	
Paciente DULCIRA LEONIL A PINTO BARROSO				Data Nascimento 01/09/1965		Idade 52 A 8 M 9 D		CNS 898003278338792	
CPF 27079252253				Prontuário					
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento 188963		Órgão Emissor SSP RR		Data Emissão 06/08/2008		Sexo F	
Estado Civil CASADO(A)		Raça/Cor PARDA		Naturalidade PARINTINS - AM		Nacionalidade BRASILEIRA			
Mãe MARIA DO CARMO MEIRELLES PINTO				Pai SAMUEL BELCHOL PINTO		Contato (95) 99148-6175		Ocupação	
Endereço RUA - TENENTE GUIMARAES - 906 - LIBERDADE - BOA VISTA - RR									
Class. de Risco AZUL		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		N° da Carteira		Validade		Autorização	
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
Setor PRONTO ATENDIMENTO		Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.		Registrado por: CASSIA ANDRADE		Peso 110 x 70	
Sis Prenatal									
Queixa Principal DOR NO PEITO, DOR EM MÃO E, APÓS QUEDA DE MOTO HÁ FC: 75 BPM, DISPNEIA, SPO 99%.									
Anamnese de Enfermagem NEGA: HAS, DM e ALERGIA MEDICAMENTOSA									
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)									
Exame Físico									
Hipótese Diagnóstica									
SADT - Exames Complementares <input 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									
Condução <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 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									





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

DECLARAÇÃO



Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que a Sr.
DULCIRA LEONIL²A 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.

Geraido Oliveira Filho
Gerente - SAME - HGR
Maio 2018

Boa Vista-RR 10 de Maio de 2018.



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



RECEITUÁRIO

NOME: Dulcineia de Almeida Pinto Barroso

Do DPVAT:

Atesto que a paciente acima citada, veio a este serviço devido a fratura de 5º dedo da mão esquerda. Foram realizados os procedimentos de imobilização 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

Dr. Nami Nakata
Médico
R 1966
ASSINATURA E CARIMBO

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

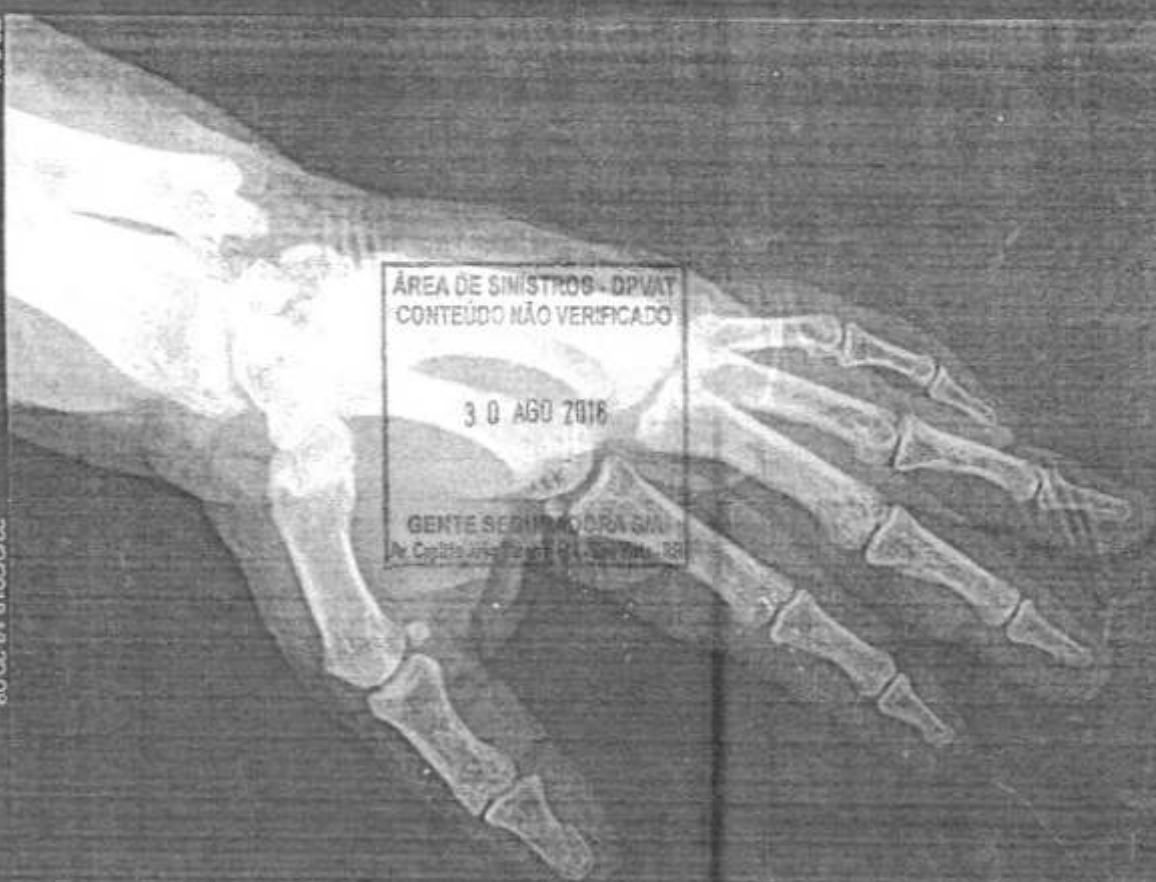
E



64,6 %

DULCIRA BARROSO

23/2/2018 18:20:08



70,0 %

23/2/2018 18:20:08

1800912359		23/02/2018 14:20:23		FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA		DIURNO 07-19		186									
Paciente DULCIRA LEONIL A PINTO BARROSO				Data Nascimento 01/09/1965		Idade 52 A 8 M 9 D		CNS 898003278338792		CPF 27079252253		Prontuário					
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento 188963		Órgão Emissor SSP RR		Data Emissão 06/08/2008		Sexo F		Estado Civil CASADO(A)		Raça/Cor PARDA		Naturalidade PARINTINS - AM		Nacionalidade BRASILEIRA	
Mãe MARIA DO CARMO MEIRELLES PINTO				Pai SAMUEL BELCHOL PINTO				Contato (95) 99148-6175				Ocupação					
Endereço RUA - TENENTE GUIMARAES - 906 - LIBERDADE - BOA VISTA - RR																	
Class. de Risco AZUL		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		N° da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal							
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso		Pressão 110 x 70					
Setor PRONTO ATENDIMENTO		Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.		Registrado por: CASSIA ANDRADE											
Queixa Principal DOR NO PEITO, DOR EM MÃO E, APÓS QUEDA DE MOTO HÁ FC: 75 BPM, DISPNEIA, SPO 99%,																	
Anamnese de Enfermagem NEGA: HAS, DM e ALERGIA MEDICAMENTOSA																	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)																	
Exame Físico																	
Hipótese Diagnóstica																	
SADT - Exames Complementares <input 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																	
Condução <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 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: geraldoliveira Data Hora: 18/05/2018 11:01:43																	
1800912359																	



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

DECLARAÇÃO



Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que a Sr^o.
DULCIRA LEONIL^{da} 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.

Geraído Oliveira Filho
Gerente - SAME - HGR
Maio 2018

Boa Vista-RR 10 de Maio de 2018.



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



RECEITUÁRIO

NOME: Dulcineia de Almeida Pinto Barroso

Do DPVAT:

Atesto que a paciente acima citada, veio a este serviço devido a fratura de 5º dedo da mão esquerda. Foram realizados os procedimentos de imobilização 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

Dr. Nami Nakata
Médico
MOR 1986
ASSINATURA E CARIMBO

E



64,6 %

DULCIRA BARROSO

23/2/2018 18:20:08



70,0 %

23/2/2018 18:20:08



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



RECEITUÁRIO

NOME: Juliana Leticia Pinto Barros

Do DPVAT

Atesto que a paciente acima citada, veio a este serviço devido a falha de 5º dedo da mão esquerda. Foram realizadas as manobras de imobilização da articulação do carpo, além de medicação analgésica e anti-inflamatória. Solicito que tomem as devidas providências a paciente, já que esta não está em condições de uso normal de sua mão esquerda.

DATA 23/02/18

ASSINATURA Dr. Nilton Nakatsu
Médico
CRM 12345
SCARIMBO

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



Dulcira Leonília Pinto Barroso
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL 188963 DATA DE EMISSÃO 11/08/2015

NOME
DULCIRA LEONÍLIA PINTO BARROSO

FILIAÇÃO
SAMUEL BELCHOU PINTO

MARIA DO CARMO NEIRELLES PINTO

NATURALIDADE
PARINTINS - AM

DOC. ORDEM
CERTD CAS 591 FLS 195 LIV B-2

PARINTINS - AM

270.792.522-53
2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
PREFEITO MUNICIPAL
Município de Parintins - AM

DATA DE NASCIMENTO
01/09/1965

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2018

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

Author

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** 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.

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

Nome completo da vítima

270.792.522-53

Dulcira Leonilina P. BARROSO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Dulcira Leonilina Pinto BARROSO		CPF titular da conta 270.792.522-53	Profissão RECUSOU
Endereço Rua 05		Número 121	Complemento CASA
Bairro Cidade SATELITE	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69317-471
Email nonatosilva638@gmail.com		Telefone (DDD) 95 91144021/99 214482	

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)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA
Nº
3027
 D.V.
0002829
 D.V.
2

(informar dígito se existir)

(informar dígito se existir)

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

BANCO
NOME

RAG

AGÊNCIA
Nº

D.V.

(informar dígito se existir)

CONTA
Nº

D.V.

(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, RR de AGOSTO de 18

Local e Data

Dulcira Leonilina Pinto Barroso

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Romão, 444 - Boa Vista - RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA 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 Lazaro

Barro: Universo

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(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 Beichou Pinto

Documento(s)

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

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Avenida Nossa Senhora de Nazare
Complemento: apt 03
Barro: Caimbé
Telefone: (95) 99121-4482 (Celular)

Nº 2502

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2018

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	

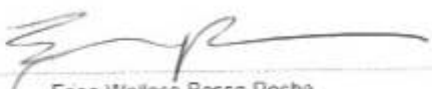
Nome Envolvido	Envolvimentos
Dulcira Leonilia Pinto Barroso	Exibidor




RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que trafegava pela Rua São Lázaro, 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 colidissem com o animal. Que devido ao impacto, caiu e sofreu lesões corporais. Que NAO DESEJA REPRESENTAR criminalmente. Que registra somente para fins de segura DPVAT. Era o relato

ASSINATURAS


Enco Wallace Bessa Rocha
Responsável pelo Atendimento


Dulcira Leonilla Pinto Barroso
(Comunicante / Vítima)

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

DAT

23 JUL 2018

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDORÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S/A

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