

# 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: 09/07/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: ERNALTO DENIZAR DA SILVA OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000000138-3

---

Nr. da Autenticação DAFD44D38CBAF509

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150357690 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERNALTO DENIZAR DA SILVA **Data do acidente:** 03/03/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
OLIVEIRA

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO NO JOELHO E NO PÉ ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO LEVE NA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO DEVIDO A RETRAÇÃO CICATRICIAL E LIMITAÇÃO DISCRETA NA MOBILIDADE DO PÉ ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATADO CONSERVADORAMENTE COM AINH + SUTURAS  
ALTA MÉDICA DEFINITIVA

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 03/07/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ

**CRM do médico:** 2678/AM

**UF do CRM do médico:** AM

## 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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** DORES MENDES B C MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**ANTONIO CARLOS DA SILVA OLIVEIRA**

**CPF: 000.000.000-00**  
**76334 889 88**

**UF: 207.067.073-20** **14/11/1981**

**Nome:**  
**JOSE DIONÍSIO OLIVEIRA**

**ENDEREÇO DA SILVA OLIVEIRA**

**02248759E15** **01/01/2020** **14/01/2023**

**Assinatura: Antonio Carlos da Silva Oliveira**

**CPF: 000.000.000-00** **08/01/2015**

**74140442890**  
**88207887824**

**DETRAN-RR (RORAIMA)**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO**

**980124292**

99164 3848



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 050-H/2015 - Boa Vista-RR, em 23/03/2015

COMUNICANTE: ERNALTO DENIZAR DA SILVA OLIVEIRA

RG: 76534 O. EXP.: S/RR

CPF : 207067073-20

ENDEREÇO: AV UNIVERSO

Nº: 345

BAIRRO: CIDADE SATELITE

CIDADE: BOA VISTA

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: FUNCIONARIO PUBLICO

NATURALIDADE: SANTA INES

ESTADO : MARANHAO

DATA DE NASCIMENTO: 14/11/61 IDADE: 53 GRAU DE INSTRUÇÃO : MEDIO

ESTADO CIVIL: DIVORCIADO TELEFONE: 991643848 Nº REG. CNH : 02248758215

NOME DO PAI : JOSE DIONISIO OLIVEIRA

NOME DA MÃE: ANTONIA DA SILVA OLIVEIRA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente as 09:00 do dia 03/03/15 NA AV PRINCESA ISABEL BAIRRO T NEVES MUNICIPIO BOA VISTA ESTAVA SE DESLOCANDO SENTIDO CENTRO BAIRRO CONDUZINDO A MOTOCICLETA YAMAHA XTZ 250 TENERE PLACA NAO 6556 CHASSI 9C6KG0450B0006431 DE SUA PROPRIEDADE QUANDO AO DESVIAR DE UM CACHORRO QUE ADENTROU NA AV A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTO VINDO A CAIR E SOFRER LESÕES CORPORAIS SENDO REMOVIDO AO PS HGR POR MEIOS PROPRIOS. É O RELATO.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: (Código 14.999) - APOIO SERVIÇOS DIVERSOS.

OBSERVAÇÃO: DPVAT. REGISTRO EXCLUSIVO PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

O COMUNICANTE TEM CONHECIMENTO DE QUE NÃO PRECISA DE INTERMEDIÁRIO PARA O RECEBIMENTO DO SEGURO DPVAT E NÃO PRECISA PAGAR PELO SERVIÇO.

  
INSCRIÇÃO Nº

  
Comunicante

RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA

DESPACHO

  
Conferente / Recebedor

BOLETIM REGISTRADO VISANDO APENAS O CUMPRIMENTO DE EXIGÊNCIA LEGAL PARA O RECEBIMENTO DE DPVAT. INEXISTE INTERESSE DA VITIMA EM EVENTUAL APURAÇÃO CRIMINAL.

DELEGADO

23/03/2015



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Ernaldo Denizar da Silva OliveiraPORTADOR(A) DO RG Nº 02248758215E AFIDIDO POR Detran - RREM 08 de 15CPF 207067073-20PROFISSÃO func. PúblicoRECEITA MENSAL DE R\$ 800,00

E NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VITÍMA Ernaldo Denizar da Silva Oliveira

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ANEXO PRESTADAS

Art. 13 da Lei nº 442/2012, que trata da prevenção da fraude, determina que todas as operações de pagamento de indenização pelo Seguro DPVAT devem ser realizadas em nome do beneficiário titular do seguro, sendo vedada a prestação da indenização a terceiros.

Para evitar a reprogramação de um pagamento, gentileza, os seguintes documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos, apenas os termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou salário em Fundador;
- Conta Empresarial - nos documentos, aparecem os termos tais como: NPI ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Conta Corrente Federal);
- Conta Poupança, operação 013 da CEF (Conta Corrente Federal), com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento, deve-se a abertura de proposta de abertura de conta com o documento comprovatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL para verificar a situação);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada (scan) ou cópia dos extratos e não, por meio de extratos bancários informados a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações do endereço de segurança.

PARA CREDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):

Nº do BANCO 104Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0653Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0000138-3  
08-001

PARA CREDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRASILEIRO (BIB), BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONOMICA FEDERAL):

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É E FOMOS PLEINAMENTE UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO (CREDITO) DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESEMPENHADAS POR MIM, E QUE ESTOU COMPLETAMENTE DE ACORDO COM O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

RR

17

de

Abril

2015

Ernaldo Denizar da Silva Oliveira  
Assinatura do Beneficiário/Vítima



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.940/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para saber mais informações sobre o Seguro DPVAT, consulte o site da Seguradora Líder em [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para 0800-135213.

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



1500378392	03/03/2015 09:59:41	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	MANHA 07-13	16
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
ERNALTO DENIZAR DA SILVA OLIVEIRA	14/11/1961	53 A 3 M 19 D				
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IGNORADO				M	SOLTEIRO(A)	SEM INFORM
Mãe	Pal		Naturalidade			
ANTONIA DA SILVA OLIVEIRA			Contatos			
Endereço	AVENIDA - UNIVERSO - 345 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR					
Class. de Risco	Plano Convênio	N° da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA		JURANDIR			
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem	GSC		TOTAL			
	AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)						
paciente noturno de queda de moto no ± 1h, apresentando lesões no MIE, referidos.						
Exame Físico						
do Rx: sem fratura						
Hipótese Diagnóstica						
Trauma no MIE.						
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	
Alta Hospitalar						
Hospital Geral de Roraima SAME/HGR ENTREGUE Ass.:			HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes nº 3308 Novo Planalto 1913 Certifico Cópia é Fiel e reprodução do Original que foi Apresentado neste Hospital. Ass.: Observação (Até 24h) Internação Data e Hora da Saída/Alta:			
Condução						
<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revella <input type="checkbox"/> Transferência para:						
Óbito						
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família			Talito: <input type="checkbox"/> Patológica			
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: Jurandir Data Hora: 03/03/2015 10:00:49			<p>1500378392</p>			



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## Receituário

NOME: Erualto Denizon de Silva Almeida

USO ORAL

① Nimesulid 100mg \_\_\_\_\_ 01 cx  
Tomar 01 cp 12/12h por  
05 dias.

② Diprovera 1g \_\_\_\_\_ 01 cx  
Tomar 01 cp 6/6h caso  
febre ou dor.

DATA: 03/03/15

Tatiana P. Araújo  
CRM-RN 1009

ASSINATURA E CARIMBO