

# 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: 00000000138-3

---

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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## 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:**





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JOSE DIONÉLIO OLIVEIRA  
74334 007 00  
207.067.073-20 14/01/1981

JOSE DIONÉLIO OLIVEIRA  
BONIFÁCIA DA SILVA  
OLIVEIRA

022407200210 01/01/2020 14/01/2020

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

980124292

*Enviado para o cliente*

DOM VISTA - RORAIMA 08/01/2015  
743.404.494-00  
08207897006

BETRAN-RR (RORAIMA)  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

PRODUTO PLASTIFICADO

980124292

99164 3848

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 N°: 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 N° REG. CNH : 02248758215

NOME DO PAI: JOSE DIONISIO OLIVEIRA

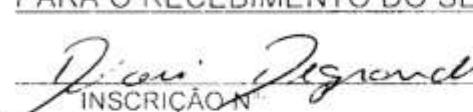
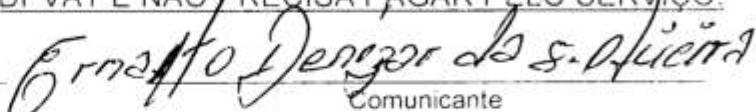
NOME DA MÃE: ANTONIA DA SILVA OLIVEIRA

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 CORPORAIAS 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 N°

RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA



Conferente / Recebedor

2015-03-23

DESPACHO

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

 DELEGADO



Seguradora Lider • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorização de pagamento



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.

FZ: Enaltro Denizor da Silva OliveiraPORTADOR(A) DO RG N: 02248758215EXPEDIDO POR Detram - RREM 08/01/15

PF 20706707320

PROFISSÃO

func. Público1. VENDA MENSAL DE R\$ 800,00 (LITRO NA QUANTIDADE DO BENEFICIÁRIO) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO E REEMBÓSOS DOSEGURO DPVAT DA VITIMA Enaltro Denizor da Silva Oliveira AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CREDITO DE ACORDO COM AS DESPESAS ANexas PRESTADAS

Art. 1º da Súmula nº 445/STF, que fala da prevenção da ação, é de que não se pode ajuizar ação judicial contra seguradora, adotando-se que todos os segurados, que forem beneficiários de indenizações, devem ser considerados coautores da ação, as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve ser enviado, necessariamente, para a justiça, para que a ação seja ajuizada e a prestação da indenização seja efetuada.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário: só o beneficiário (não documento) apresenta termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou salário em Fazenda;
- Conta Empresarial: só documento que apresenta termos tais como: NPI ou ME, ME: micro empresa ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não é titular;
- Conta tipo I AOL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 923 da CEF (Casa Econômica Federal);
- Conta P/UPANÇA operação 013 da CEF (aberta em 2012) que tem o seu limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada: inativa ou em proposta (nestes momentos, não pode-se a aceitação de proposta e de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima invalido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECHIA FIDEICOMISSE;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada, scanners, calculadoras, documentos a mão, e/ou meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de crédito de seu titular.

PARA CREDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO

104

N. da Agência (com dígitos, se existir)

0653

N. da CONTA (com dígitos, se existir)

00000138-308/01/15

PARA CREDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS J.P. MORGAN, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

N.º do BANCO

N. da AGENCIA (com dígitos, se existir)

N. da CONTA (com dígitos, se existir)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA E/OU REFERIDA ESTARÁ A disposição para o pagamento da indenização, de acordo com as informações constadas no ato de abertura, efetuado por mim com o valor da indenização.

RR 17 de Abril

2015

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 (dez e três mil reais) que será paga ao(s) beneficiário(s) habente(s) de veículos que sofrerem acidente de trânsito de que resulte morte ou invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade do acidente, de acordo com o seguro previsto na lei 11.904/2009) e isentos de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

O seguro é facultativo e não é obrigatório, é voluntário e é feito com base no seu próprio desejo.

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

1000

Impresso por: jurandir  
Data Hora: 03/03/2015 10:00:49

#### **Carimbo e Assinatura do Médico**



1500338393

Receituário

NOME: Envalto Denizor de Siqueira Oliveira

USO ORAL

① Nimesulid 100 mg 01 cx  
Tomar 01 cp VO 12/12 h pm  
05 dias.

② Diprospan 1g 01 cx  
Tomar 01 cp VO 6/6 h a cada  
febre ou dor.

DATA: 03/03/15

ASSINATURA E CARIMBO

Raísa Alcântara Araújo  
Enfermeira  
CNPJ 20.100.000/0001-00