

## Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário de Roraima

[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

**Operação realizada com sucesso. Protocolo:**

**2418078420190724171126**

### Processo 0817459-72.2019.8.23.0010 - (47 dia(s) em tramitação)

**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário

**Assunto Principal:** 9597 - Seguro

**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
<b>Realces</b> <b>Realçar Movimentos de:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência					
<b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
<b>Filtros</b> <b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor de Justiça <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor					
<b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>					

16 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 16

500 por pág. **1**

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
16	24/07/2019 17:11:26	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO, Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2613607ELABORAR JUNTADA DE DOCS01.PDF Público
15	18/07/2019 00:04:32	<b>DECORRIDO PRAZO DE DULCIRA LEONILIA PINTO BARROSO</b> (P/ advgs. de DULCIRA LEONILIA PINTO BARROSO *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (11/06/2019) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ
14	02/07/2019 14:57:12	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de DULCIRA LEONILIA PINTO BARROSO) em 02/07/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 12) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (01/07/2019) e ao evento de expedição seq. 13.	PAULO SERGIO DE SOUZA <b>Advogado</b>
13	01/07/2019 16:25:34	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de DULCIRA LEONILIA PINTO BARROSO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (01/07/2019)	REGINA MARIA AGUIAR CARVALHO <b>Analista Judiciário</b>
12	01/07/2019 16:25:15	<b>JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO</b>	REGINA MARIA AGUIAR CARVALHO <b>Analista Judiciário</b>
11	01/07/2019 12:00:14	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b> Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
10	24/06/2019 00:03:24	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de DULCIRA LEONILIA PINTO BARROSO) em 24/06/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (11/06/2019) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ
9	12/06/2019 15:24:17	<b>LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA</b> Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo:** 08174597220198230010

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DULCIRA LEONILIA PINTO BARROSO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 22 de julho de 2019.

**JOÃO BARBOSA  
OAB/RR 451-A**

**SIVIRINO PAULI  
101-B - OAB/RR**



# 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: 00000028299-2

---

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".

AZUL

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



1800912359	23/02/2018 14:20:23	FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA				DIURNO 07-19	186		
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário			
<b>DULCIRA LEONILDA PINTO BARROSO</b>		01/09/1965	52 A 8 M 9 D	898003278338792	27079252253				
Tipo Doc		Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
IDENTIDADE		188963	SSP RR	06/08/2008	F	CASADO(A)	PARDA	PARINTINS - AM	BRASILEIRA
Mãe		SAMUEL BELCHOL PINTO				Contato		(95) 99148-6175	
MARIA DO CARMO MEIRELLES PINTO						Ocupação			
Endereço		RUA - TENENTE GUIMARAES - 906 - LIBERDADE - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco		Plano Convênio	Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal		
AZUL		<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>							
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
<b>SPA - PRONTO ATENDIM</b>		<b>URGÊNCIA</b>						110 x 70	
Selor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:			
<b>PRONTO ATENDIMENTO</b>		<b>DEMANDA ESPONTANEA</b>				<b>CASSIA.ANDRADE</b>			
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
DOR NO PEITO, DOR EM MÃO E, APÓS QUEDA DE MOTO HÁ		DISPNEIA, SPO 99%, FC: 75 BPM,							
Anamnese do Enfermagem									
NEGA : HAS , DM e ALERGIA MEDICAMENTOSA		<b>GSC</b> AD: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)		<b>ÁREA DE SINISTROS - DPVAT</b> CONTEUDO NÃO VERIFICADO							
Exame Físico		30 AGO 2018							
Hipótese Diagnóstica		<b>GENTE SEGURADORA S/A</b> Av. Ceará, 500 Bairro, 404 - Boa Vista - RR							
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			
Conduta		<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				

**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  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA  
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



## RECEITUÁRIO

NOME: Dulcineia Almílde Pinto Barros

do DPVAT:

Este é o texto 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

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

64,6 %

DULCIRA BARROSO

23/2/2018 18:20:08

70,0 %

23/2/2018 18:20:08

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2016

GENTE SEGUINDO CRIMES  
Dr. César José Tostes Ribeiro - 000-000-0000

AZUL

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



**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  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA  
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



## RECEITUÁRIO

NOME: Dulcineia Almílde Pinto Barros

do DPVAT:

Este é o texto 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

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

64,6 %

DULCIRA BARROSO

23/2/2018 18:20:08

70,0 %

23/2/2018 18:20:08

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2016

GENTE SEGUINDO CRIMES  
Dr. César José Tostes Ribeiro - 000-000-0000



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



**RECEITUÁRIO**

NOME: Guilherme demolido Pinto Barros

do DPVAT

Este é o ticket que o paciente acima citado, veio a este serviço desde o dia 01 de 5º de dez de 2018 em queixa de dor no joelho esquerdo. Foi-lhe realizados os exames de mobilização da articulação e curativo, além de medicação analgésica e antiinflamatória. Solicito que tomem os devidos procedimentos à paciente, já que esta não está em condições de uso normal de seu membro esquerdo.

DATA 23/02/18

*Dr. Francisco Mello*  
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 ODELO 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

MARIA DO CARMO NEIRELLES PINTO

NATURALIDADE: PARINTINS - AM

PARENTS: AN

DOC. ORIGEM: CERTO CAS 591 FLS 195 LIV B-2

CERTO CAS 591 FLS 195 LIV B-2

CERTO CAS 591 FLS 195 LIV B-2

270.792.522-53

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

ANADRI MACHA TRAJANO



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2018

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

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

30 AGO 2016

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

DENATRAN

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MÍNISTERO DAS CIDADÃOS**

DETAN - RR

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 011885321125

NO 011885321125  
Nº R.C.

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

0043343

</div

---

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**



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CREDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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:**

E 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
<b>Dulcire Leonilia Pinto Barroso</b>	<b>270.792.522-53</b>	<b>Recebedor</b>
Endereço	Número	Complemento
<b>Rua 05</b>	<b>121</b>	<b>CASA</b>
Bairro	Estado	CEP
<b>Cidade Satélite</b>	<b>RR</b>	<b>69317-471</b>
Email	Telefone (DDD)	
<b>nonato.silva.638@gmail.com</b>	<b>95) 91144021/991214482</b>	

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)  ITAU (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA N.º: **3027** DIV. **00028299** D.V. **2**  
(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO N.º: \_\_\_\_\_ N.º: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA N.º: \_\_\_\_\_ DIV. \_\_\_\_\_ D.V. \_\_\_\_\_ C.º: \_\_\_\_\_  
(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 **conta e agência**.  
Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

**BOR VISTA, RR** de **06 OOSTO** de **18**  
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 - Boa 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	Méio(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

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Avenida Nossa Senhora de Nazaré

Nº: 2502

Complemento: apt 03

Barro: Caimbé

Telefone: (95) 99121-4482 (Celular)

**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

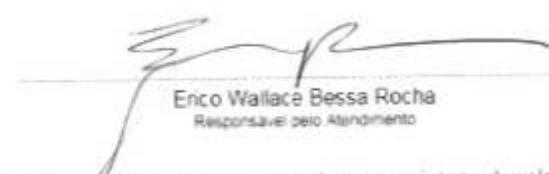
## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029556/2018

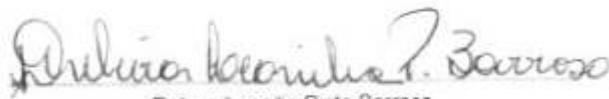
### RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que trafegava pela Rua São João da Baliza, 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 finais de direito que sou civil, informado e responsável pelas informações acima assentadas e certa que poderão responder civil e criminalmente pelo presente declarando sua veracidade, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia; 460-Culpação; 461-Comunicação Pública de Crime ou de Conveniência do Código Penal Brasileiro.

DAT

23 JUL 2018

AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR

