

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: 29/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCIENE ARAUJO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000126103-0

Nr. da Autenticação 09FC2F4F71E73B76

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180045496 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCIENE ARAUJO DA SILVA **Data do acidente:** 17/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE 2º E 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA EDEMA CRÔNICO EM PÉ ESQUERDO E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO DOS 2º E 5º ARTELHOS ESQUERDOS

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU PÉ ESQUERDO, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/03/2018

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO PÉ ESQUERDO EM GRAU MODERADO.

Médico examinador: REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO

CRM do médico: 1032

UF do CRM do médico: RR

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 pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

Médico revisor: Anderson Anisio

CRM do médico: 52.25458-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2018

Carta nº: 12618167

A/C: FRANCIENE ARAUJO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180045496
Vítima: FRANCIENE ARAUJO DA SILVA
Data do Acidente: 17/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **FRANCIENE ARAUJO DA SILVA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000000653**

Conta: **00000126103-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

<http://10.102.5.252:8880/IS4/is4/E29665C7-7363-4E81-8A42-8C3F95957AA9.html>

PACS - Pronto Atendimento Cosme e Silva
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

REGISTRO Nº

PACIENTE

Francieli Araújo da Silva

DATA NASCIMENTO

04.06.80

IDADE

37

DOCUMENTO

TELEFONE

3117.8369

SEXO

☐ MASC. ☒ FEM.

NATURALIDADE

☐ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ VIÚVO ☐ OUTROS

PAI

MÃE

Irismar Araújo da Silva

ENDEREÇO

Galvina, 496

BARRIO

Centenário

CIDADE

Boa Vista RR

EMERGÊNCIA

☐ ADULTO

☐ PEDIÁTRIA

☐ TRAUMATOLOGIA

☐ OUTROS

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Queixa de dor em pé (E)

DATA DO ATENDIMENTO

19.09.17

HORA

18.20

SINAIS VITAIS

PRESSÃO ARTERIAL

120 x 80

mmHg

TEMPERATURA

PESO

Kg

ANAMNESE - (DATA/HORA DA CONSULTA)

Truque no pé (E) há 03 dias.

Queixa de fratura no 2º e 4º metatarsais (E)

Encaminhado p/ HGR

DIAGNÓSTICOS

Fratura metatarsais 2º e 4º pé (E)

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

PRESCRIÇÃO

ÁREA DE SINISTROS - DATA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JAN 2016

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

ENFERMAGEM

VISÃO

DATA E HORA DA ALTA:

DESTINO: () DOMICILIO () OBITO () INTERNAÇÃO () TRANSFERÊNCIA

ASS. CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFERE COM ORIGINAL

Em 28/09/17

Ass: Francieli Araújo da Silva

Ass. PACIENTE OU RESPONSÁVEL
Francieli Araújo da Silva
CPF: 0282016

19 SET 2017

UVE / PCS



EMERGÊNCIA

GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA
CEP: 69316-702- FONE: 4009-9150
RUA DELMAN VERAS, S/N, BAIRRO: PINTOLÂNDIA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"



RECEITUÁRIO

NOME:

Francisco Azevedo da Silva

As AG R (Atendimento)

Presença relato trauma no pé (E) há 03 dias
queixando-se dor + edema pé.

Rx: Fratura no 2^a e 4^a falange pé (E)
Encaminhado p/ avaliação + consult.

Guto.

R. Azevedo
R. Azevedo
R. Azevedo, 1775

ASSINATURA E CARIMBO

DATA:

19/09/17

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JAN 2018

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

RECETUÁRIO
NOME: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

LAUDO MÉDICO

Paciente que sofreu acidente
no dia 17/04/17, apresentando fratura
do 2º e 5º metacarpo do pé
esquerdo. Paciente tratado com gesso.

CUN 592

Tempo aproximado de ausência
é em torno de 30 (trinta)
dias.

DATA

07/06/17

Jesus A. Lopes Aguiar
Médico
CRM-RR 566

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro-Boa Vista-RR
CEP: 69.201-150 - CNPJ nº 013.108/0001-90
Telefone 4121 7479



Ao médico perito do INSS


LAUDO CLÍNICO

Declaro que o (a) Sr. (a) **FRACIENE ARAÚJO DA SILVA**, 37 anos, ensino médio completo, sofreu queda de moto, ao se deslocar em passeio, com consequente fratura do 2º e 5º pododáctilo E, estando em tratamento conservador (**causa não ocupacional**)

Diante do relato e por apresentar atestados que somados são superiores a 15 dias, recomendo que seja encaminhado a **Perícia Médica do INSS** para avaliação de possível auxílio doença.

Boa Vista-RR, 04 de outubro de 2017.



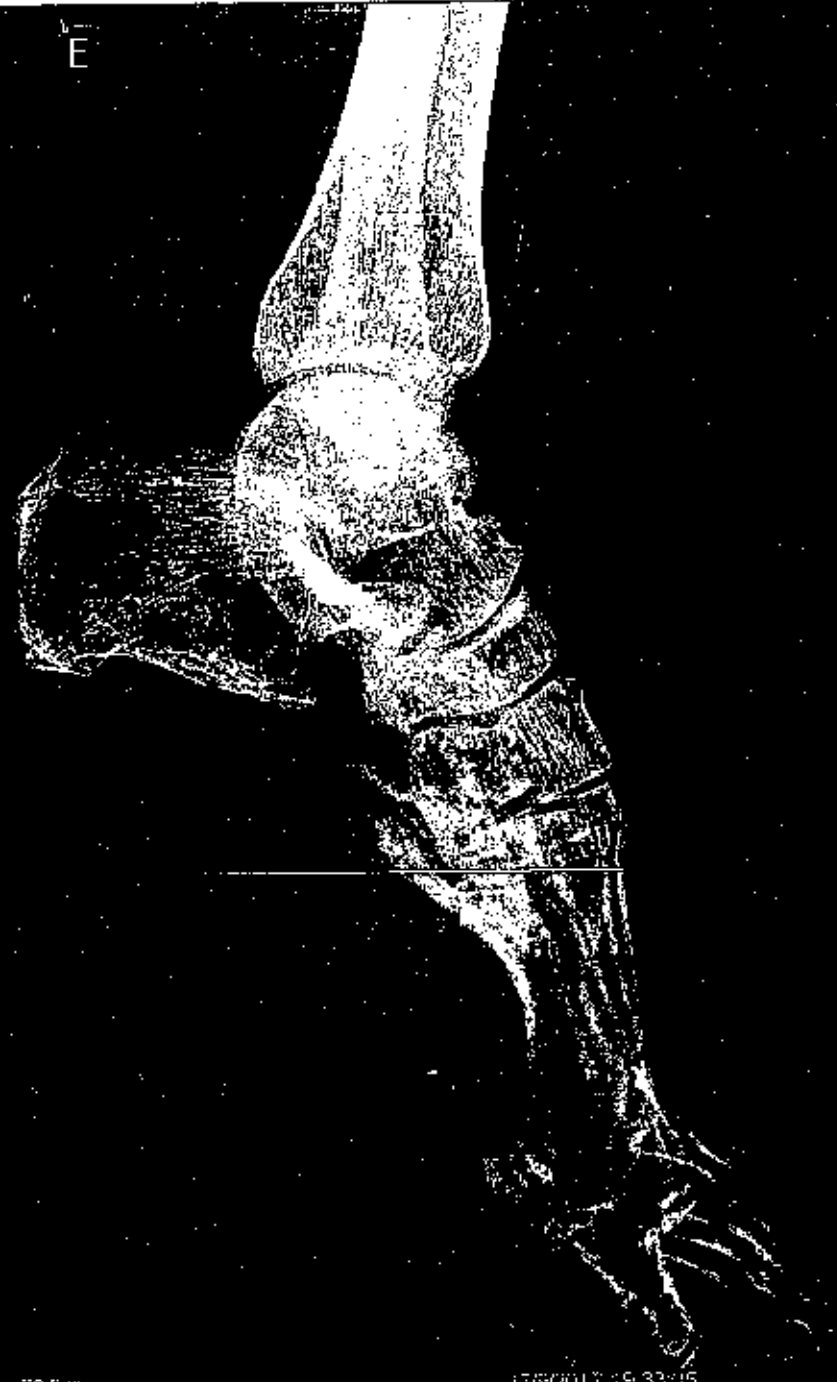

Dra. Regina Claudia Rebouças Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR: 1032 RQE: 177

E



77.9%

17/8/2017 19:33:05



72.3%

17/8/2017 19:33:15



FRANCIENE ARAUJO
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

E



68.8 %

17/01/2017 19:33:05



75.8 %

17/01/2017 19:33:05

FRANCIENE ARAUJO

DEDO DO PE ESQ.



19/09/2017

242,1 %

PRONTO ATENDIMENTO COSME SILVA 13058

FRANCIENE ARAUJO DA SILVA

DATA NASC : 04/06/19

19/09/2017

293,7 %

MEMBROS INFE



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

NOME
FRANCISME ARAUJO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / RG / CNH
171388 SSP RR

CITY
719.354.792-53

DATA NASCIMENTO
08/08/1986

RENASCIMENTO
FRANCISCO DA SILVA

IMES ARAUJO DA SILVA

PERMISSÃO
0000000000

ACC
00000000

CAT. DIR.
A

UF RESIDÊNCIA
RR

VALIDEZ
22/06/2020

VENCIMENTO
30/06/2011

RESERVAÇÕES

Francisme Araujo da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
24/06/2018

06904019246

RR208269100

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JAN 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Cephaão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

VERDE

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

1700839651	19/09/2017 20:43:15	FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MÉDICA	
Paciente FRACIENE ARAUJO DA SILVA		Data Nascimento 04/08/1980	Idade 37 A 3 M 15 D
Tipo Doc IDENTIDADE 171389	Documento .SSP/RR	Órgão Emissor SSP/RR	Data Emissão F
Mãe INES ARAUJO DA SILVA	Pai FRANCISCO DA SILVA	Estado Civil CASADO(A)	Raça/Cor PARDA
Endereço RUA - RUA BOLONIA - 438 - CENTENARIO - BOA VISTA - RR	Naturalidade BOA VISTA - RR		Contato (95) 99131-6718
		Companheiro NÃO INFORMADA	

Class. de Risco VERDE	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº de Carteira	Validade	Autorização	Sis. Prenatal
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso 120 x 80
Satur PRONTO ATENDIMENTO	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.	Registrado por: ELDALIA GOMES		

Queixa Principal
dor em MIE apos trauma ha tres dias

Anamnese de Enfermagem
nega dm e has

Anamnese - (HORA DA CONSULTA **21:00** h)

Do no fim do quarto - após queda de moto no domingo
SOMA: Do edema no abd.

Hipótese Diagnóstica
Enatona de 2º e 3º poder de m...

SADT - Exams Complementares
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>Frases de 2º e 3º poder de m...</i>		
<i>120 da ca + R...</i>		
<i>Jesus A. Lopes Aguiar</i> Médico CRM RR 586		
		ÁREA DE SINISTROS DE VAO OBSERVAÇÃO CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 16 JAN 2017 GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bazeira da Boa Vista - RR
		17 JAN 2017 Shelle

Conduta
☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revella
☐ Transferência para:
ontopre dia

óbito
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IMI ☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: heveline
Data Hora: 19/09/2017 20:46:36

Carimbo e Assinatura do Médico



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

PRIMEIRA SEÇÃO DO REGISTRO

VALIDA EM TODAS AS REUNIDAS NACIONAIS

980131278

CPF: 000.000.000-00

DATA DE EMISSÃO: 14/02/2009

DATA DE VALIDADE: 17/12/2009

TIPO DE VEÍCULO: 01

PLACA: 01000000

DATA DE EMISSÃO: 14/02/2009

DATA DE VALIDADE: 17/12/2009

PRIMEIRA SEÇÃO DO REGISTRO

980131278

CPF: 000.000.000-00

DATA DE EMISSÃO: 14/02/2009

DATA DE VALIDADE: 17/12/2009

TIPO DE VEÍCULO: 01

PLACA: 01000000

DATA DE EMISSÃO: 14/02/2009

DATA DE VALIDADE: 17/12/2009

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JAN 2010

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 434 - Boa Vista - RR



"0007"

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 012199165347
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 Cód. RENAVAM 00233181652 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

NOME FRANCISCO IVANI RODRIGUES SOARES

RR

CNPJ / CNPJ 842.493.233-15 PLACA NAS7379

PLACA ANT / UF PC2KC1550AR178287

ESPÉCIE DE VEÍCULO PAS/MOTOCICLETA/NAO APILIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN EST ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010

CAP / POT / CIL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE CINZA

COTA ÚNICA *PAGO* VENC. COTA ÚNICA 1ª *****
VENC. COTA ÚNICA 2ª *****
VENC. COTA ÚNICA 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$0.70 R\$0.70 PRÊMIO TOTAL (R\$) R\$0.70 DATA DE PAGAMENTO 07/07/2017

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR DA A MAZ. OCID *

BOA VISTA-RR Diretor Presidente DETRAN-RR DATA 07/07/2017

Interim

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 012199165347 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 07/07/2017

VIA 01 CNPJ / CNPJ 842.493.233-15 PLACA NAS7379

RENAVAM 00233181652 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN EST

ANO FAB. 2010 CAT. TARIF. PC2KC1550AR178287

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$81.29 DENATRAM (R\$) R\$9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33

PREÇO DO BILHETE (R\$) R\$4.19 JOF (R\$) R\$0.70 PREÇO TOTAL (R\$) R\$48.03

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE OUTUBRO 07/07/2017

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.506/0001-04

www.seguradoralider.com.br

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JAN 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 424 - Boa Vista - RR



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Ivani Rodrigues Soares

RG. Nº 354.3676/SSP/RR data de expedição 30/10/2007, Órgão Expedidor SSP/RR, portador do CPF nº 842.493.233-15, com domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Bolonio nº 436

Bolonio, Bairro Centenário, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data 37 do 09 acidente ocorrido com a vítima: Franciene Pramp da Silva cujo o condutor era

Veículo	<u>motocicleta</u>
Modelo	<u>Honda/CG 150 FAN ESE</u>
Ano	<u>2010/2010</u>
Placa	<u>NAS 7379</u>
Chassi	<u>9C2KC1550AR378287</u>
Data do Acidente	<u>37/09/2017</u>

Local e Data: Boa Vista, 20 Dezembro 2017



Francisco Ivani Rodrigues Soares

Assinatura do Declarante



Francisco Ivani Rodrigues Soares

Assinatura do Condutor

(Caso 5)

DANIEL AQUINO

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Duvidas, dúvidas, Tabela e Boletins
Av. Arlindo Talley, 4872 - Boa Vista - RR
Fone: (68) 3337-4168
Email: daniel.aquino@cartorio2ooficio.com.br

Reconheço por Verdadeira a(s) firma(s)
(Extensão) - FRANCISCO IVANI RODRIGUES SOARES

Do que dou fé, Boa Vista, 20 de Dezembro de 2017

Em testemunho

Exemplares: R\$ 70 - Fundos (R\$ 1,20 - Total: R\$ 71,20)

Alex Chang Jin Tarny
Escrevente Autorizado

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3180045496
Nome do(a) Examinado(a):	FRANCIENE ARAUJO DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA BOLÔNIA 436 CENTENÁRIO
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	719.354.792-53
Data e local do acidente:	17/09/2017-BOA VISTA-RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 26/03/2018

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA NO PÉ ESQUERDO COM CONSEQUENTE FRATURA DO 2º, 5º PODODACTILO ESQUERDO

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 60 DIAS, NÃO FEZ FISIOTERAPIA E RECEBEU ALTA EM FEVEREIRO DE 2018

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

NO MOMENTO OBSERVO EDEMA CRONICO A NIVEL DO PE ESQUERDO + ALTERAÇÃO ANATOMICA A NIVEL DOS ARTELHOS COMPROMETIDOS + LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DOS MESMOS

IV) Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PÉ ESQUERDO

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): PÉ ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) .* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 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 crédito de 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 no 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

719.354.792-53

Francine Araújo Da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Francine Araújo Da Silva		CPF titular da conta 719.354.792-53	Profissão Técnica de Enfermagem
Endereço Rua: Bolonha		Número 436	Complemento
Bairro Contorno	Cidade Bela Vista	Estado RR	CEP 69.312-653
Email francine.araujo@silva.com.br			Telefone (DDD)

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

☒ 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) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0653 D/V ☐ CONTA NRO. 00426103 D/V ☐
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome NRO.
 AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. 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.

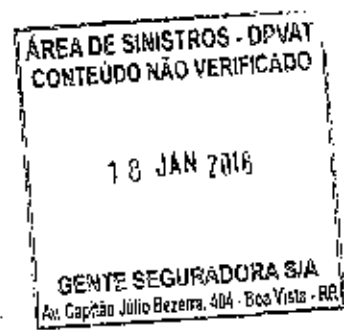
Bela Vista - RR, 20 de Dezembro de 2017

Local e Data

Francine Araújo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Boa Vista
RR 20 DEZ 2017

Em test: Alex Chang Jin Tarnag
Escritor Autógrafo
DANIEL
AQUINO



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 048316/2017-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/12/2017 10:17 Data/Hora Fim: 20/12/2017 10:18
Origem: Polícia Judiciária Data: 20/12/2017
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 17/09/2017 17:30

Local do Fato

Município: Boa Vista
Logradouro: BR-174

Bairro: Zona Rural

Tipo do Local: Área Rural



Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: FRANCISCO IVANI RODRIGUES SOARES (COMUNICANTE, CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Fortaleza

Nasc: 16/10/1978

Profissão: Pintor

Nome da Mãe: Maria dos Remédios Rodrigues Soares

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA BOLONIA
Bairro: CENTENÁRIO
Telefone: (95) 99117-8368 (Celular)

Nº: 436

Nome: FRACIENE ARAUJODA SILVA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 04/06/1980

Estado Civil: Casado(a)

Raça/Cor: Parda

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Telefone: (95) 99117-8369 (Celular)



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motocicleta

Placa NAS7379

Número do Chassi 9C2KC1550AR178287

Ano/Modelo Fabricação 2010/2010

Cor CINZA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI

Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Maria Salma Melo de Almeida
Data de impressão: 20/12/2017 10:18
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

CÓPIA COLORIDA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 048316/2017-A01

Nome Envolvido	Envolvimentos
Francisco Ivani Rodrigues Soares	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO


O comunicante FRANCISCO IVANI RODRIGUES SOARES, CNH 05322655851, relata que na data, hora e endereço acima descrito, conduzia a motocicleta supracitada, de sua propriedade, tendo como garupa a sua esposa FRANCIENE ARAUJO DA SILVA, RG:171389 SSP/RR, trafegava sentido Mucajaí/Boa Vista, quando para evitar uma colisão com o veículo que trafegava a sua frente, o comunicante freou, vindo a se desequilibrar e cair; QUE o comunicante levou FRANCIENE ao HGR; QUE devido ao acidente FRANCIENE teve FRATURA DE DOIS DEDOS DO PÉ ESQUERDO; QUE o motivo do BO é para fins de requerimento do SEGURO DPVAT. É o relato

ASSINATURAS

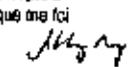

Maria Selma Melo de Almeida
Responsável pelo Atendimento


Francisco Ivani Rodrigues Soares
(Conduzir / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e deixo que poderei responder civil e criminalmente pela precisão das informações que do(a) originou, conforme previsto nas Artigos 338-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."


Maria Selma Melo de Almeida
Agente de Polícia Civil
Mat. 042000213

2º OFÍCIO DE BOA VISTA-RR

AUTENTICAÇÃO: A presente cópia é reprodução fiel do documento que me foi apresentado, dou fé. 

Boa Vista
RR

20 DEZ 2017

Em test.

 Alex Chang Jin-Tarng


DANIEL
AQUINO

Escrevente Autorizado