

# 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:** FRANCENE 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** APRESENTA EDEMA CRÔNICO EM PÉ ESQUERDO E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO DOS 2º E 5º ARTELHOS  
**médico pericial:** 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, PERMANECEU 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
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## 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 n°: 12618167

A/C: FRANCIENE ARAUJO DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180045496  
**Vitima:** 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:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



19/09/2017

VERDE

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

## FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MEDICA

J 19- 67

1700839651 19/09/2017 20:43:15

Data Nascimento

Idade

04/08/1980

37 A 3 M 15 D

Paciente  
**FRANCINE ARAUJO DA SILVA**  
Tipo Doc Documento Órgão Emissor  
**IDENTIDAD 171389 SSP/RR**

Data Emissão

Sexo Estado Civil

Raça/Cor

F CASADO(A)

PARDA

Pai

FRANCISCO DA SILVA

Naturalidade

**BOA VISTA - RR**

Contato

(95) 99131-6718

Ocupação  
**NÃO INFORMADA**

Mês  
**INES ARAUJO DA SILVA**  
Endereço  
**RUA - RUA BOLONIA - 438 - CENTENARIO - BOA VISTA - RR**

Validade

Autorização

Sis Pronatal

Procedência

Temp.

Peso  
120 x 80

Procedimento Sol.

Registrado por  
**ELDALIA.GOMES**

**PACS – Pronto Atendimento Cosme e Silva**  
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

REGISTRO N°

PACIENTE

Eduardo da Silva 04/06/80

TELEFONE

3117-8369

SEXO

MASC.  FEM.

DATA NASCIMENTO

IDADE

37

DOCUMENTO

PAI

NATURALIDADE

SOLTEIRO  CASADO  VIÚVO  OUTROS

MAE

Eduardo

CIDADE

Boa Vista RR

ENDERECO

Balança, 496

BAIRRO

EMERGÊNCIA

ADULTO

PEDIÁTRIA

TRAUMATOLOGIA

OUTROS

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Recomendo em pe

DATA DO ATENDIMENTO

18.09.17 - 18:20

SINAIS VITIAIS

PRESSÃO ARTERIAL

120x80

mmHg

TEMPERATURA

PESO

Kg

ANAMNESE – (DATA/HORA DA CONSULTA)

Tirem no n° E hor 03 dia.

Percebeu que futebol no 21/09/17

Encantado / H6

DIAGNÓSTICOS

futebol desbotado 2º grau (E)

SADT – EXAMES COMPLEMENTARES

PRESCRITIVO  
ÁREA DE SINISTROS  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
18 JAN 2016

GENTE SEGUINDEIRA SA  
Av. Capitão João Bezerra, 699 - Boa Vista - RR

ENFERMAGEM

VISÃO

DATA E HORA DA ALTA:

19 SET 2017

DESTINO: ( ) DOMICÍLIO ( ) ÓBITO ( ) INTERNAÇÃO ( ) TRANSFERÊNCIA

UVE / PCS

Doutor Freyedo

ASS. CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRME CÓPIA ORIGINAL

Em 28/09/17

ASS.:  
Paciente Automa. V. de Oliveira  
Carimbo de Identidade SAMU Farroupilha  
Data: 28/09/15



# 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:

Franckine Azevedo Silveira

As 16h (Atropelado)

Paciente c/ lesões traseiras no p<sup>o</sup> (B) lombo - costas  
queimando dor + edema p<sup>o</sup>.

Rx: Fratura no 2<sup>o</sup> e 4<sup>o</sup> Fôssetado p<sup>o</sup> (E)  
Exames: Markey's + contat.

Gato:

Dr. Francisco Azevedo  
Médico de Família  
Número 1775

ASSINATURA E CARIMBO

DATA:

19/09/17

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

18 JAN 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Batista 400 - Boa Vista - RR



GOVERNO DO PARÁ  
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"  
COORDENADORIA GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Francisco Anselmo da Silva REC. FAV 010

L A V O b a n c o

Paciente que teve acidente  
o dia 17/04/17, apresentou fratura  
de 2º e 3º podobrônio do II  
esquadrante. Foi feita tratamento conservador

CUN 592

Término apresentado de autorização  
L em 47 dias de 30 (trinta)  
dia.

DATA: 07/01/18

Assinatura e Carimbo  
Jesus A. Lopes Aquino  
Médico  
CRM RR 566

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
Pais Coronel Pinto, 636 - Centro-Beira Vista RR  
CEP: 69.010-193 - CNPJ 04.013.100/0001-90  
Teléfone 41217679



GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Beira Vista - RR



Empresa Especializada em  
Saúde e Segurança do Trabalho

Ao médico perito do INSS

## LAUDO CLÍNICO

Declaro que o (a) Sr. (a) **FRANCIENE 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 Cláudia Rebouças Mendes Alho  
Médica do Trabalho  
CRM/RR: 1032 RQE: 177

77.93

17/8/2017 19:33:05

72.53

17/8/2017 19:33:05

FRANCIENE ARAUJO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

E



75.6%

69.8%

17/9/2017 19:23:05

TNSREG UV-W9-3305

FRANCINE ARAUJO

DEDO DO PE ESQ.



19/09/2017

242,0 %

19/09/2017

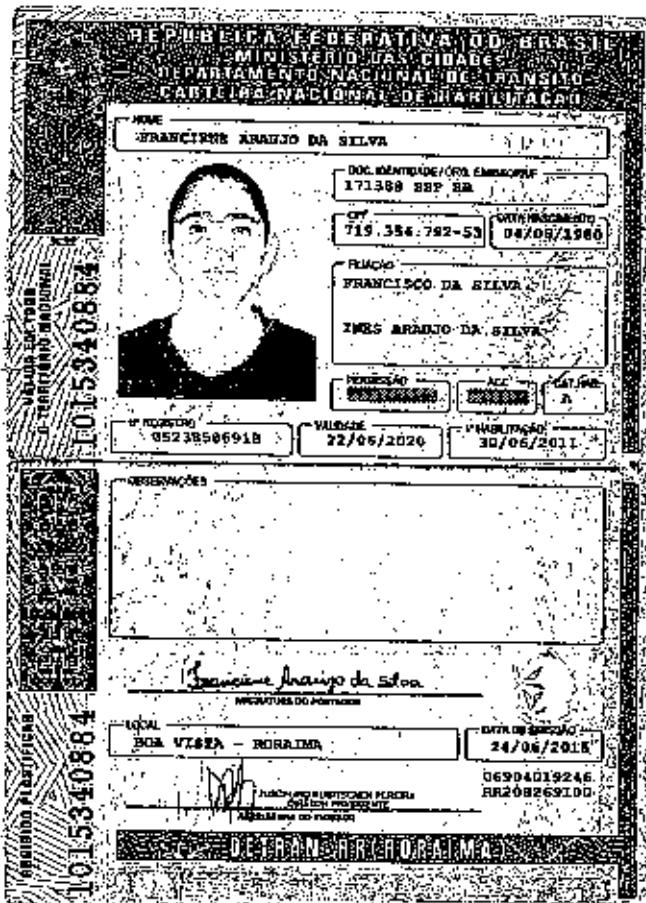
293,7 %

PRONTO ATENDIMENTO COSME SILVA 13056

FRANCIENE ARAUJO DA SILV.

DATA NASC : 04/06/19

MEMBROS INFE



**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

18 JAN 2018

**GENTE SEGURADORA S/A**  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista -

VERDE

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

1700839651 19/09/2017 20:43:15

## FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MÉDICA

Paciente FRANCINE ARAUJO DA SILVA Data Nascimento 04/08/1980 Idade 37 A 3 M 15 D  
Tipo Doc Documento Órgão Emissor IDENTIDAD 171389 SSP/RR Data Emissão 00/00/00 Sexo F Estado Civil CASADO(A) Raça/Cor Parda  
Mãe INES ARAUJO DA SILVA Pai FRANCISCO DA SILVA



19- HV  
Prontuário  
L000613 71935479253 00060646

Naturaleza

BOA VISTA - RR

Contato

(95) 99131-6718

Companheira  
NÃO INFORMADA

Endereço RUA - RUA BOLONIA - 438 - CENTENARIO - BOA VISTA - RR

Class. de Risco VERDE Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° de Carteira \_\_\_\_\_ Validação \_\_\_\_\_ Autorização \_\_\_\_\_ Sis. Prenatal \_\_\_\_\_

Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM Caráter do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. \_\_\_\_\_ Procedência \_\_\_\_\_ Temp. \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Pressão \_\_\_\_\_  
Sabor PRONTO ATENDIMENTO Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTÂNEA Procedimento Sol. \_\_\_\_\_ Registrado por: ELDALIA.GOMES

Queixa Principal dor em MIE apos trauma ha tres dias  Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem nega dm e has

GSC  
AO:1234 RV:12345 MRV:123456 TOTAL 61

Anamnese - (HORA DA CONSULTA 21:00 h)

*Dor no pescoço esquerdo - depois de cedo de moto no domingo*

*SOMA: Dor cefálica pescoço*

Hipótese Diagnóstica

*Inflamação - dor - 2º do produtor falso na 2º*

SADT - Exames Complementares

RAIO-X  ULTRA-SON  TC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS:

## PRSCRIÇÃO

## APRAZAMENTO

*ÁREA DE SINISTROS DE OBSERVAÇÃO  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO*

*Franja de 2º e 3º produtor falso*

*16 JAN 2017*

*Jesus A. Lopes Souza  
Médico  
CRM-RR 386*

*Nome Fis. - GENTE SEGURO RORAIMA  
Av. Capitão João Batista 64 - Boa Vista - RR*

*17 JAN 2017*

*Assistente: S. Melo  
Data e Hora da Saída/Atendimento: / / / / / /*

## Condução

- Alta por Decisão Médica  
 Alta a Pedido  
 Alta a Revida  
 Transferência para:

- Ambulatório  
 Observação (Até 24h)  
 Internação  
Data e Hora da Saída/Atendimento: / / / / / /

## Óbito

Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família  IMI - Mortalidade Patológica

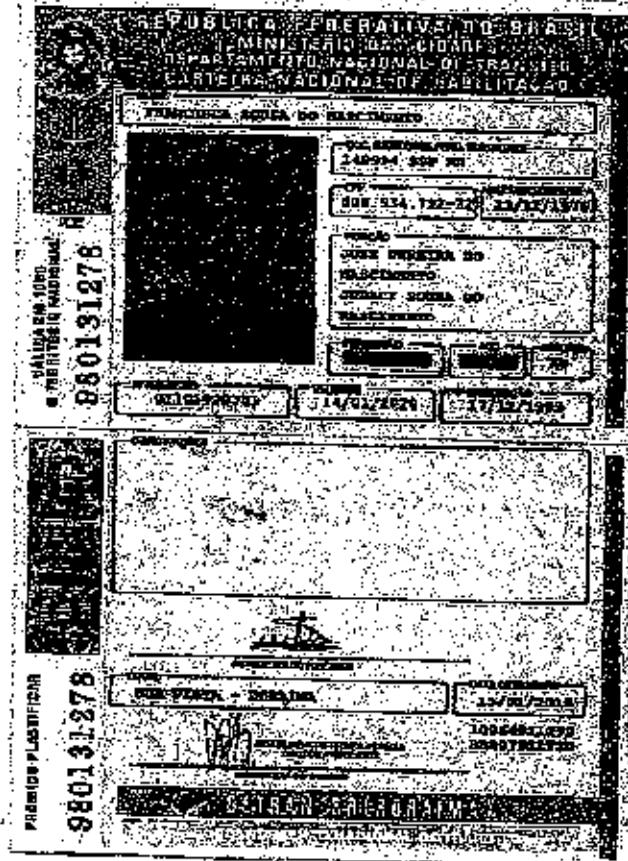
Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: heveline  
Data Hora: 19/09/2017 20:46:30



160039661



Document ID: 10101000  
-0001-24

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

18 JAN 2010

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



DD0417

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETAN - RR** N° 012199165347  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. BENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO  
01 00233181652 2017

FRANCISCO IVANI ROBRIGUES SOARES

RR

CPF / CNPJ PLACA  
842.493.233-15 NAS7379

PLACA ANT / UF CHASSI  
PC2KC1550AR178287

EXPEDETEIRO COMBUSTÍVEL  
PAS/MOTOCICLETA/NÃO API II GASOLINA

MARCA / MÓDELO ANO FAB. ANO MODELO  
HONDA/CG 150 FAN ESI 2010 2010

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

I COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. FORTAS
P *PAGO*	*PAGO*	1*****222222
V *** PAGO* COTA ÚNICA	VALOREM/COTAS	2*****222222
A		3*****222222

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$105,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) R\$181,50 DATA DE PAGAMENTO 07/07/2017

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

*Antônio Francisco Bezerra M.*  
BOA VISTA-RR Dílstor Presidente DATA  
DETAN-RR Interino 07/07/2017  
ESTRADOR

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT.

**RR N° 012199165347. BILHETE DE SEGURO DPVAT**

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA O VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2017 07/07/2017

VIA CÓD. BENAVAM PLACA  
01 842.493.233-15 NAS7379

MARCA / MÓDELO  
00233181652 HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. CAT. TIP. NÚ. CHASSI  
2010 PC2KC1550AR178287

**PRÊMIO TARIFÁRIO**  
FINS (R\$) R\$81,29 DEPARTAMENTO (R\$) R\$9,03 VALOR DO SEGURO (R\$) R\$70,33

RÉSTO DO BILHETE (R\$) R\$0,00 JOF (R\$) R\$1,29 VALOR DO SEGURO RESTANTE (R\$)

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

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CEP 09.346.000-001-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JAN 2018

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



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Ivani Rodrigues Soares,

RG. nº 354.3676/SSP/RR data de expedição 30/03/2007, 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) Bolomior n° 436

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: Francine Aramys da Silva, cujo o condutor era

<b>Veículo</b>	<u>motoacleta</u>
<b>Modelo</b>	<u>Honda CG 150 FAN ESI</u>
<b>Ano</b>	<u>2010 / 2010</u>
<b>Placa</b>	<u>NAS 7379</u>
<b>Chassi</b>	<u>9C2KC1550AR 578287</u>
<b>Data do Acidente</b>	<u>37/09/2017</u>

Local e Data: Boa Vista, 20 Dezenbro 2017



Francisco Ivani Rodrigues Soares

Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - UPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JAN 2018

GENTE SEGURADORA SIA  
Av. Capitão Julio Batista, 484 - Boa Vista - RR



Francisco Ivani Rodrigues Soares

Assinatura do Condutor

(Caso se)



Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
Danieli Aquino - Técnica e Reparadora  
Av. Arlindo Teixeira, 484 - Boa Vista - RR  
(65) 3337-4188  
Solicitações: [www.cartorio2oficio.com.br](http://www.cartorio2oficio.com.br)

Reconheço por Verdadeira a(s) firma(s): J. Soares  
Assinante: Francisco Ivani Rodrigues Soares

Do que dou fé Boa Vista, 20 de Dezembro de 2017  
Em testemunha: Alex Chang Jin Tarng  
Endereços: R\$ 70 Fundos ISS R\$ 1,20 Total R\$ 71,20  
Envolvidos: R\$ 70 Fundos ISS R\$ 1,20 Total R\$ 71,20

Alex Chang Jin Tarng  
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 transito 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 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

719.354.792-53

Nome completo da vítima

Françine Araújo da Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	Françine Araújo da Silva	CPF titular da conta	719.354.792-53	Profissão	Titular de Emprego
Endereço	Rua: Beloiva	Número	436	Complemento	
Bairro	Centenário	Cidade	Bra. Vitoria	Estado	RR
Email	francine.m.araujo.da.silva@.br	Telefone (DDD)		CEP	69.312-653

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 checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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)

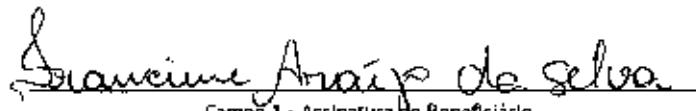
AGÊNCIA NRO.: 0653 DIV.: 00126103 CONTA NRO.: 00000000000000000000  
 (Informar dígitos se existir) (Informar dígitos se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO.
AGÊNCIA NRO.	DIV.	CONTA NRO.
(Informar dígitos se existir)		(Informar dígitos 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.

Bra. Vitoria, 20 de Dezembro de 2017  
 Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JAN 2016

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

2º OFÍCIO DE BOA VISTA-RR  
AUTENTICAÇÃO - A presente cópia é  
reprodução fiel do documento que me foi  
apresentado, dou fé. 4 / Msc

Boa Vista 20 DEZ 2017

Em teste  
Alex Chang da Tornig  
Escrevente Autorizado  
Daniela Aquino



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

CÓPIA COLORIDA  
Barcode no Usado

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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 Nº: 436  
Bairro: CENTENÁRIO  
Telefone: (95) 99117-8369 (Celular)

DAT

20 DEZ 2017

Nome: FRANCIENE ARAUJODA SILVA (VITIMA )

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 04/06/1980

Estado Civil: Casado(a)

Raça/Cor: Parda

DE POLICIA

CONFIRMADA

Endereço

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

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Placa: NAS7379 Número do Chassi: 9C2KC1550AR178287

Ano/Modelo Fabricação: 2010/2010

Cor: CINZA

UF: Véhiculo: Roraima

Município Véhiculo: Boa Vista

Marca/Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI

Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI

Véhiculo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

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

Página 1 de 2



PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 048316/2017-A01

Name Envolvido	Envolvimentos
Francisco Ivani Rodrigues Soares	Proprietário

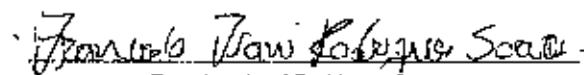
## RELATO/HISTÓRICO

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 FRANCINE ARAUJO DA SILVA, RG:171389 SSP/RR, trafegava sentido Mucajai/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 FRANCINE ao HGR; QUE devido ao acidente FRANCINE 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  
(Condutor / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) (único) responsável pelas informações acima assentadas a cliente que poderá responder civil e criminalmente pela apresentação da cópia que foi feita, conforme previsto nos Artigos 338-Desmunição Criminal e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Constituição 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. *JM*  
Boa Vista 2-0 DEZ 2017  
Em testemunha: *Alex Chang Jin-Tung*  
Alex Chang Jin-Tung  
Escrevente Autorizado  
*Alex Chang Jin-Tung*