

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: 13/09/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03320

CONTA: 000000034316-1

Nr. da Autenticação 102CB7686E78DA21

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160174077

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DANILO ALEFF CARVALHO DA SILVA

Data do acidente: 03/02/2016

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia e fíbula à direita

Descrição do exame médico pericial: limitação da flexão e extensão do tornozelo e edema residual

Resultados terapêuticos: tratada conservadoramente com gesso, por cerca de 6 semanas, não fez fisioterapia pois não precisou

Sequelae permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelae: Com sequela

Data da perícia: 05/09/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: RODRIGO VICK FERNANDES GOMES

CRM do médico: 981

UF do CRM do médico: AC

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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PRESTADOR

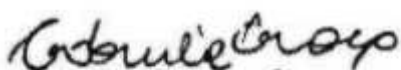
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2016

Carta nº: 9721785

A/C: CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA

Sinistro: 3160174077 ASL-0126472/16
Vítima: DANILO ALEFF CARVALHO DA SILVA
Data Acidente: 03/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000003320

Conta: 0000034316-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$	945,00
--	-----	--------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Documento de identificação

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

Nº. DO BE: 2311221 DATA: 03/02/2016 HORA: 17:45 USUARIO: ALESSANDRA
 CNS: SETOR: 02-CONSULTORIO INFANTIL

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : DANILLO ALIF CARVALHO DA SILVA DOC...
 IDADE: 03 ANOS NASC: 04/09/2013 SEXO...: MASCULINO
 ENDEREÇO: TRAV. ANA NERY NUMERO: 173
 COMPLEMENTO: BAIRRO: JOAO EDUARDO I
 MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP...:
 NOME PAI/MAE: /MARIA SHIRLENE CARVALHO D
 RESPONSÁVEL: TIA - KELLY CRISTINA OLIVEIRA DA SILVA TEL...: 9919-5
 PROCEDENCIA: JOAO EDUARDO I
 ATENDIMENTO: ATROPELAMENTO
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA[X mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[17] FC[] SPO2[]

EXAM. COMPL. [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA []

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: *Último de atropelamento* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *no início da noite*

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

Com um novo episódio de crise

DIAGNOSTICO: *VÍTIMA DE ATROPELAMENTO* CID: *85.00*

Por atropelamento

Admissão de 08:20 horas

Medicamento Bal+ #

Obs. IV

Atendimento de 18:00 horas

DATA DA SAÍDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APÓS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

22:20hrs. Paciente consentando melhor clínica

Glasgow 15 (6+6+4)

Ad. Alto hospitalar com orientações gerais + reabilitação

Acompanhamento ambulatorial

Schigita Correia Frazão

10/03/2016

17:35hs - Menor, um menino de 10 anos, filho da mãe, procedente de sua residência, lucido, orientado, ativo, reativo, eufórico, apresentou palidez cutânea, afébril, vítima de atropelamento por moto na t. 30 minutos com politrauma. Não perda de consciência e/ou vômitos. A mãe estava atravessando a rua com seu filho quando foi atropelado. Apresenta escoriações em região frontal, face e pernas. N.º 137-205 Encaminhado para realização de exame posterior avaliação da ortopedia. O atropelamento ocorreu em via pública orientada para a direita.

refere dor no joelho direito e ombro esquerdo e excoriações e edema sem sinal de fratura.

Alto tempo de espera
SAME FLEB
COPIA
CONFORME ORIGINAL

[Handwritten signature]
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM 137-205

- ① Dipirona 500mg 17 gotas VO 18:40
- ② Plavix 75mg 17 gotas VO 18:40
- ③ Oxi I
- ④ Analgésico de 30 minutos

GISENDE MOURA
Médico
CRM 137-205

18:40hs - Transferido para observação pediátrica (Cirurgia) 18:45 p.p. de acordo com o protocolo de atendimento de emergência de vítimas de atropelamento. A mãe não foi informada da ocorrência do acidente.

Cirurgia realizada com sucesso de face. Foi colocada a Rx para fratura da tibia e do fêmur da perna direita. A mãe de C.B.M.F.

[Handwritten signature]
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM 137-205

0468050225-5.822

CAUSA EXTERNA

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGÊNCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2311843 DATA: 05/02/2016 HORA: 13:12 USUARIO: EMERSON
CNS: SETOR: 06-SALA DE GESSO.

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : DANILLO ALEFF CARVALHO DA SILVA DOC.: C.C.
 IDADE: 5 ANOS NASC: 04/09/2012 SEXO.: MASCULINO
 ENDEREÇO: TRAV. ANA NERY NUMERO: 173
 COMPLEMENTO: BAIRRO: JOAO EDUARDO I
 MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP.: 69900-0
 NOME PAI/MAE: NUGLIO NASCIMENTO DA SILVA /MARIA SHIRLENE CARVALHO DA
 RESPONSÁVEL: A MÃE TEL.: 9919-51
 PROCEDÊNCIA: JOAO EDUARDO I
 ATENDIMENTO: COMUNITA/PRESCRICAO
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA[X mmHg] PULSO[] TEMP. [36°C] PESO [15kg] FC[] SPO2[]

EXAM. COMPL. [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA []

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 01/02/2016

Fluido no olho no + 48 horas.
 Vem do P.E. foi atendido e liberado. Mãe disse

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Av. Infância Formosa TIBIO D
 48 horas
 TUBOPLASTIA + ATENDIMENTO
 2 SEMANAS

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

ENCAMINHAMENTO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO QUARTO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA UNIDADE DE SAUDE:

OBITO: [] ATÉ 48HS [] APOS 48HS [] IML [] AMAR. E

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Sic (mãe) com edema em face e membros após o
 trauma no + 2 dias, queixa de dor intensa com
 apresentação de edema e dor local em M.D., nega febre.

5011

SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SADI

Nome: <u>Daniel Alff e Silva</u>		Idade: _____	Sexo: _____	Registro: _____
Sobrenome: _____	☐ ASA ☐ PSI ☐ CCA ☐ CCB ☐ CMA ☐ CMB ☐ CC ☐ ULI			
☒ Rubeola	☐ USG			
☐ Sarampo	☐ UCG			
☐ Escarlatina	☐ Ecocardiograma			
☐ EDA				
Localização: <u>Perna / Tornozelo e P</u>				
História Clínica: <u>Ar e Pulm</u>				
Exatidão: _____				

Assinatura do Profissional Competente: <u>Gilberto C. Nascimento</u>	Nº Conselho: _____
Medico CRM 461 AC	
Data: _____	
Assinatura: _____	
Assinatura: _____	
Assinatura: _____	
Assinatura: _____	
Assinatura: _____	
Assinatura: _____	
Assinatura: _____	
Assinatura: _____	
Assinatura: _____	

SEMPRE EM DUPLA
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Novo Acre

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

RECEITUÁRIO MÉDICO

ORTOPEDIA

17.06.16

08:00h

TIBIA DISTAL

Edisio C.P. Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM 369 AC

ASSINATURA DO MÉDICO com C.R.M.

SAREMI SEGURADORA S/A
07 MAR 2016
14:10:00



Novo Acre
Governo do Estado, para uma sociedade

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o paciente Cirineu N. C. Silva
necessita de 30 (TRINTA)
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.
CID: E76.3

R. Branco 05/07/16
Edisio C.P. Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM- 369-AC

ASSINATURA DO MÉDICO COM CRM

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 85 do RGPS, aprovado pelo Decreto Lei nº 60.501, de 14/03/87 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



Novo Acre
Novo tempo, nova esperança.

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: HUERA

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o paciente MARIA SHIRLENE CARVALHO DA SILVA
necessita de 01 (UM)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

CID: Z-76.3

DOENÇA: DANILLO ALF CARVALHO DA SILVA

RIO BRANCO 03/02/2016

Schella Carré Moraes
Pediatria
CRM/AC 1045

03 FEV 2016

ASSINATURA DO MÉDICO COM CRM

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RCPS, aprovado pelo Decreto Lei nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento de trabalho.

RECEBIDO
SECRETARIA DE SAÚDE
03/02/2016

774



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Acre 2

23/12/11

SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SADI

Paciente:	DANILLO ALVES C.		
Sexo:	☐ FSA	☐ PSI	☐ CIP
	☐ CCB	☐ CMA	☐ CIB
	☐ CII	☐ CIII	

Rua:	Av. 10	UF:	AC
CEP:	69000-000	Logradouro:	
Endereço:	Vila Nova de Hipólito		
Indicação:	RUA		

Assinatura do Profissional com Carimbo
--

Data	03/02/16
------	----------

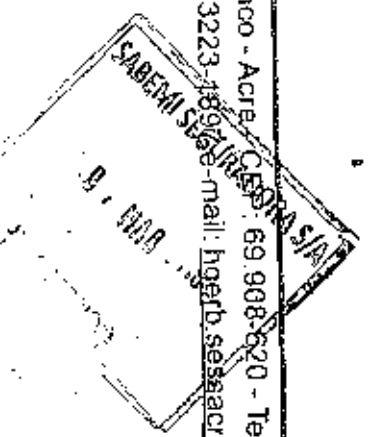
Exames Solicitados

Data 03/02/2016 Hora 02:15 Médico Recebi a ficha de orientações médicas e estou ciente da necessidade de seguir as instruções recebidas.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Schelling Curte Kuntzen
Pediatra
CRM/AC 1043

Av. Nações Unidas, 700 - Bosque - Rio Branco - Acre - CEP: 69.908-620 - Tel: (0xx68) 3223-308
FAX: 3223-1897 - Direção Geral: (0xx68) 3223-1897 e-mail: hq@ac.sesacac.gov.br





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO



NOME:

DANILO ALEFF CARVALHO DA SILVA

MATRÍCULA

007600 01 55 2012 1 00265 029 0089486 91

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO):

DIA MÊS ANO

QUATRO DE SETEMBRO DE DOIS MIL E DOZE

04

09

2012

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO

11:28

Rio Branco - AC

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO

LOCAL DE NASCIMENTO

SEXO

Rio Branco-AC

Hospital Santa Juliana

masculino

FILIAÇÃO

HUGNO NASCIMENTO DA SILVA
CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA

AVÓS

PATERNOS: FRANCISCO HUGO GOMES DA SILVA e MARIA CONSTANCIA PACHECO DO NASCIMENTO ; MATERNOS: JOSE BEZERRA DA SILVA e MARIA DE NAZARE CARVALHO DA SILVA

GÊMEO(S)

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO DE NASCIMENTO (POR EXTENSO):

NÚMERO DA DECL. DE NASCIMENTO VIVO:

DOZE DE SETEMBRO DE DOIS MIL E DOZE

30-60364619-2

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Nada consta. Livro A-265, Folha 29, Termo 89486. Custas e Emolumentos: R\$ NIHIL. Selo de Fiscalização nº AB2128881.

Registro feito de acordo com a Lei 6.015/73

Nome do Ofício:

1º Ofício de Registro Civil de Rio Branco-AC

Oficial Registrador: **Fabrizio Mendes dos Santos**

Município: **Rio Branco / AC**

End.: **Avenida Ceará, nº 1422**

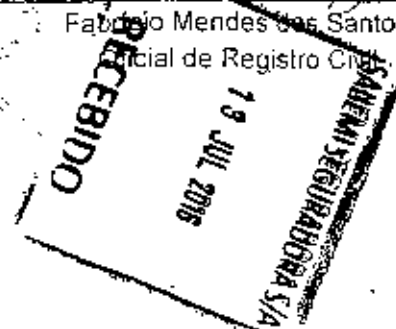
Cep: **69908-690**

Fone: **(68)3224-9112**

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé.

Rio Branco / AC, 12 de setembro de 2012

Fabrizio Mendes dos Santos
Oficial de Registro Civil





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 666.164.092-87

Nome da Pessoa Física: CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA

Data de Nascimento: 22/03/1980

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: 03/06/1998

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 17:02:57 do dia 26/02/2016 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: F894.3111.D11D.98FA

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



VÁLIDA EM TODOS OS ESTADOS DO BRASIL

REGISTRO GERAL 345897 DATA DE EMISSÃO 30/07/98

NOME CIRENE MARIA CARVALHO DA SILVA

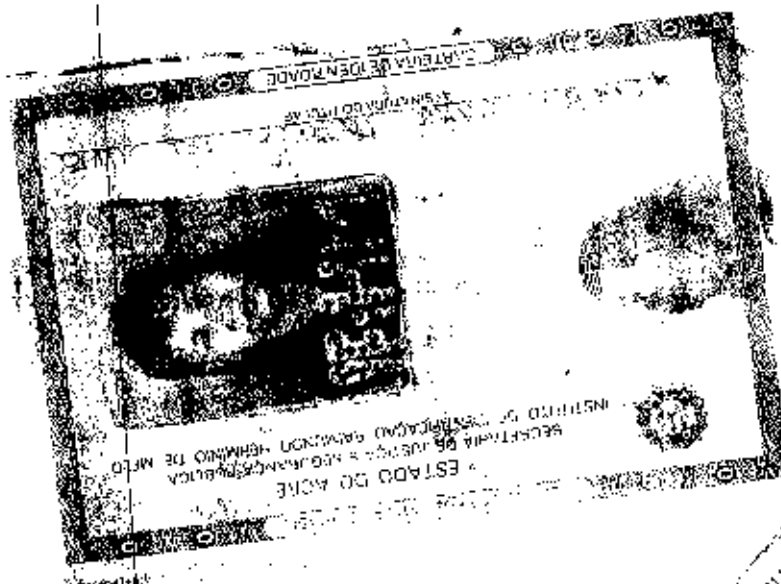
FILIAÇÃO JOSE BEZERRA DA SILVA
MARIA DE NAZARE DA VALLE DA SILVA

NATURALIDADE RIO BRANCO-AC DATA DE NASCIMENTO 20/07/1986

DOIS DÍGITOS CERT MASC 1421 FIL M 05 58 CART RIO BRANCO AC

P. 1

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 116 DE 24/04/63



SECRETARIA REGISTRADORA SIA
07 MAR 2000

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 345897 DATA DE EMISSÃO 30/07/98

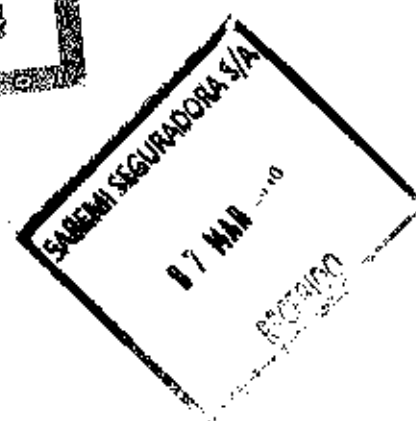
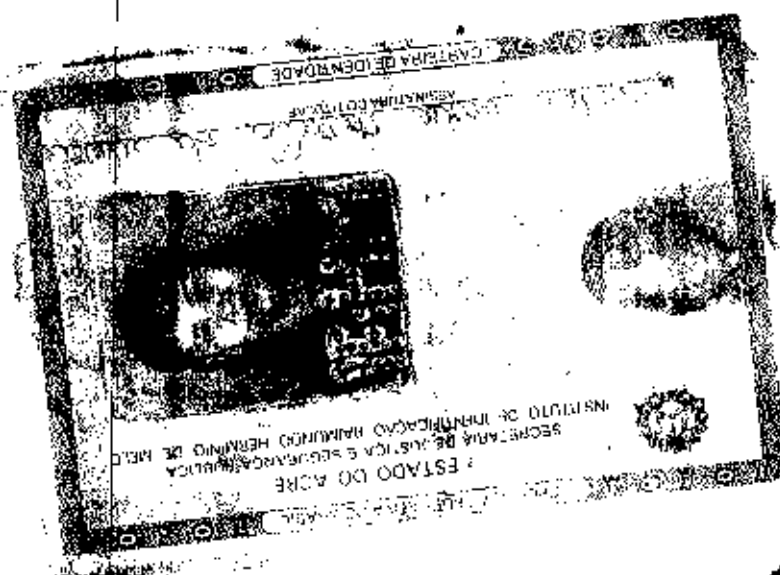
NOME CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA

FILHO DE JOSE BEZERRA DA SILVA
MARIA DE NAZARE CARVALHO DA SILVA

NATURALIDADE RIO BRANCO-AC DATA DE NASCIMENTO 22/03/1980

DOSS. CIVIL CERT. NASC. 1421 11M 40 00 00 00 RIO
BRANCO AC

ASS. NATURAL DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 25/08/83





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMINIO DE MELLO

Pelegar Direito

APROVADO NA COMISSÃO

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 278384
GERAÇÃO
NOME
CRISTIANO MARQUES ARAÚJO

FILIAÇÃO
RAIMUNDO FARIAS DE ARAÚJO

CRISTIANO MARQUES ARAÚJO

NATURALIDADE
RIO BRANCO - AC

DATA DE NASCIMENTO
23/11/1977

DOC. ORIGEM
CERTO CAS 0458 FLS 155 LIV BPC02
DE RIO BRANCO - AC

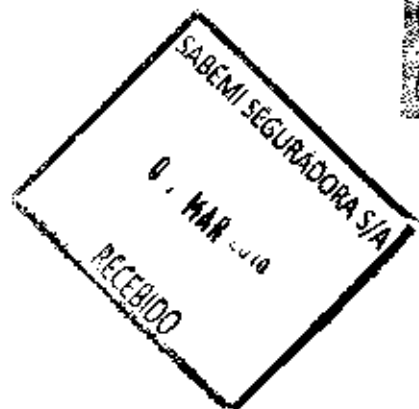
CNPJ
91.479.382-34

VIA

SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 83

LEI Nº 7.116 DO 24/08/83



Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2016

Carta nº: 9584941

A/C: CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA

Sinistro: 3160174077 ASL-0126472/16
Vítima: DANILO ALEFF CARVALHO DA SILVA
Data Acidente: 03/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160174077 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **DANILO ALEFF CARVALHO DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ANA NERY nº 173 - JOÃO EDUARDO I - RIO BRANCO/AC**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número:
Data local do exame: **05/09/2016 RIO BRANCO/AC**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Fratura da tíbia e fíbula à direita

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

tratada conservadoramente com gesso, por cerca de 6 semanas, não fez fisioterapia pois não precisou

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

limitação da flexão e extensão do tornozelo e edema residual

IV. Segundo o 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 ☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR DIREITO

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*).

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

AC - RIO BRANCO, 05/09/2016

Médico Perito: RODRIGO VICK FERNANDES GOMES CRM: 981

DR. RODRIGO VICK F. GOMES
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-AC 981

Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



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, CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 345997 EXPEDIDO POR SSP/MC EM 30/10/1998 ECPF 066164092-87 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO domésticaE RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DANILIO ALEFE CARVALHO DA SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ 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 (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 8320 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 34316-1

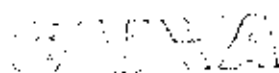
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Rio Branco, 26 de Fevereiro de 2016 Cirlene Maria Carvalho da Silva
LOCAL E DATA _____ ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO _____



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até 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 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurostransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0271204.



Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Internet Banking CAIXA

Emitente:	CHARLENE RIBEIRO DA SILVA
Conta origem:	2278 / 013 / 00031368-6
Conta destino:	3220 / 013 / 00034316-1
Nome destinatário:	CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA
Valor:	
Identificação da operação:	2468
Data do débito:	07/07/2016
Data/hora da operação:	07/07/2016 16:45:27
Código da operação:	00500919
Chave de segurança:	GFH3M7ZW1HWRC0ZZ

"Quando a data de débito coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a transferência será feita no primeiro dia útil subsequente."

Transferência realizada com sucesso. A previsão do crédito na conta destino é de 30 dias.

Operação realizada em conformidade com as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Quilodactil: 0800 726 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104





ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA

SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA 3ª REGIONAL - 3ª DPCR

Endereço: RIO GRANDE DO SUL, S/Nº - AEROPORTO VELHO - 69903-420, Fone: 3225-6220.



Documentação médica Hospitalar

OCORRÊNCIA Nº: 727/2016 - Registrado em 12 de Fevereiro de 2016 às 16:20h

FATO COMUNICADO

Data/Hora do Fato: 03/02/2016 às 17:00hs, Quarta-Feira

LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI Nº 9.503/97)

Mensagem Obrigatória: "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: www.dpvatseguro.com.br".

LOCAL

Município: Rio Branco

Estado: AC

Logradouro: ANANERY

Nº: 173 CEP:

Bairro: JOAO EDUARDO I

Tp de Local: VIA URBANA

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE

CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA (35), do sexo feminino, Brasileira, Convivente, exercendo a profissão de Doméstica, RG Nº: 345897/SSPAC, nascida em 22/03/1980, natural de Rio Branco - AC, PAI: JOSE BEZERRA DA SILVA e MÃE: MARIA DE NAZARE CARVALHO DA SILVA, Endereço: ANANERY, 173 - Bairro: JOAO EDUARDO I - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9919-5200.

ENVOLVIMENTO: VÍTIMA

DANILO ALIF CARVALHO DA SILVA (3), do sexo masculino, Brasileira, nascido em 04/09/2012, natural de Rio Branco - AC, PAI: HUGNO NASCIMENTO DA SILVA e MÃE: CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA, Endereço: ANANERY, 173 - Bairro: JOAO EDUARDO I - Rio Branco - AC.

EXAMES SOLICITADOS

LESÃO CORPORAL

ENVOLVIMENTO: AUTOR

NADIA CRISTINA DA SILVA PEREIRA OLIVEIRA (30), do sexo feminino, Brasileira, RG Nº: 467084/SSPAC, nascida em 07/05/1985, PAI: ADOLFO PEREIRA e MÃE: MARIA HELENA DA SILVA PEREIRA, Endereço: APUCARANA, 000 - Bairro: JOAO EDUARDO II - Rio Branco - AC.

VEÍCULO(S)

TP. DE ENVOLVIMENTO

EXAMES SOLICITADOS

Placa: NAC-2132

Apurar

Cor: VERMELHA

Modelo/Marca: 125/HONDA

Proprietário: NADIA CRISTINA DA SILVA PEREIRA OLIVEIRA

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

A COMUNICANTE VEM NOS COMUNICAR, QUE A VÍTIMA FOI ATROPELADA PELA AUTORA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRACITADA, ONDE LHE CAUSARAM ALGUMAS LESÕES NO PÉ DIREITO E TAMBÉM NO ROSTO E PERNAS. DIANTE DOS FATOS PEDE AS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS.





ESTADO DO ACRE

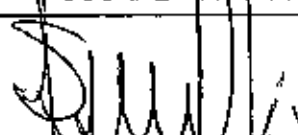
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA

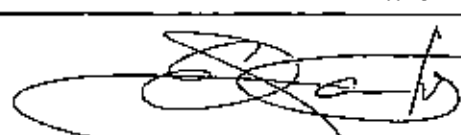
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL

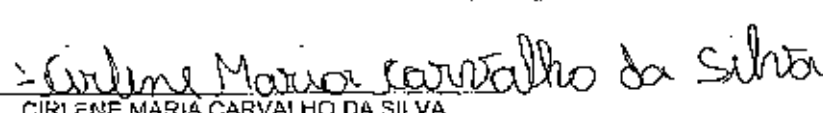
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA 3ª REGIONAL - 3ª DPCR

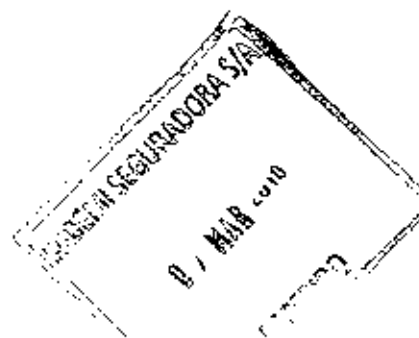
Endereço: RIO GRANDE DO SUL, S/Nº - AEROPORTO VELHO - 69903-420, Fone:
3225-6220.

OCCORRÊNCIA Nº: 727/2016 - Registrado em 12 de Fevereiro de 2016 às 16:20h

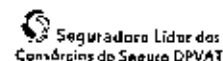

FABRIZIO LEONARDO DA SILVA SOBREIRA
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL


EVERALDO DOS SANTOS ARAUJO
ATENDENTE


CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA
COMUNICANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



SINISTRO

Número do Sinistro: 3160174077

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: DANILO ALEFF CARVALHO DA SILVA Data do Acidente: 03/02/2016
 CPF: 666.164.092-87 CPF de: Representante Titular do CPF: CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA
 Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Entregue		
Comprovação de ato declaratório	Entregue		
Declaração do Proprietário do Veículo	Dispensado		
Documentação médico-hospitalar	Entregue		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Dispensado		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Dispensado		

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
REPRESENTANTE LEGAL - CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Pendente		
Comprovante de residência	Entregue		
Curatela	Dispensado		
Documentos de identificação	Entregue		
Tutela	Dispensado		
BENEFICIÁRIO - DANILO ALEFF CARVALHO DA SILVA			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Dispensado		
Comprovante de residência	Dispensado		

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 07/03/2016
 Nome: CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA
 CPF: 666.164.092-87

CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 07/03/2016 15:14
 Nome: GUSTAVO BARRETO BRUM
 CPF:

GUSTAVO BARRETO BRUM



"DGT 1"

Implemento

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

DANILO ALEFF CARVALHO DA SILVA

MATRÍCULA

007600-01 55-2012 1 00265 029-0089486-91

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

DIA

MÊS

ANO

QUATRO DE SETEMBRO DE DOIS MIL E DOZE

04

09

2012

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO

11:28

Rio Branco - AC

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO

LOCAL DE NASCIMENTO

SEXO

Rio Branco-AC

Hospital Santa Juliana

masculino

FILIAÇÃO

HUGNO NASCIMENTO DA SILVA
CIRLENE MARIA CARVALHO DA SILVA

AVÓS

PATERNOS: FRANCISCO HUGO GOMES DA SILVA e MARIA CONSTANCIA PACHECO DO NASCIMENTO; MATERNOS: JOSE BEZERRA DA SILVA e MARIA DE NAZARE CARVALHO DA SILVA

GÊMEO(S)

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

NÚMERO DA DECL. DE NASCIMENTO VIVO

DOZE DE SETEMBRO DE DOIS MIL E DOZE

30-60364619-2

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Nada consta. Livro A-265, Folha 29, Termo 89486. Custas e Emolumentos: R\$ NUL. Selo de Fiscalização nº AB2128881.

Registro feito de acordo com a Lei 6.015/73

Nome do Ofício:

1º Ofício de Registro Civil de Rio Branco-AC

Oficial Registrador: Fabrício Mendes dos Santos

Município: Rio Branco / AC

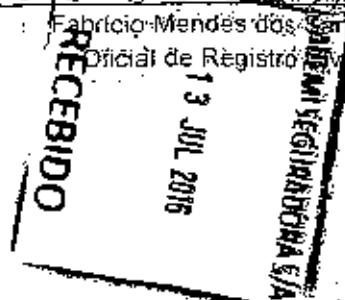
End.: Avenida Ceará, nº 1422

Cep: 69908-690

Fone: (68)3224-9112

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Rio Branco / AC, 12 de setembro de 2012

Fabrício Mendes dos Santos
Oficial de Registro Civil



CIATO

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

Nº. DO BE: 2311221 DATA: 03/02/2016 HORA: 17:45 USUARIO: ALESSANDRA
 CNS: SETOR: 02-CONSULTORIO INFANTIL

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : DANILO ADIF CARVALHO DA SILVA DOC...
 IDADE: 03 ANOS NASC: 04/09/2013 SEXO...: MASCULINO
 ENDEREÇO: TRAV. ANA NERY BAIRRO: JOAO EDUARDO I. CEP...:
 COMPLEMENTO: UF: AC /MARIA SHIRLENE CARVALHO D
 MUNICIPIO: RIO BRANCO TEL...: 9919-5
 NOME PAI/MAE: RESPONSAVEL...: TIA - KELLY CRISTINA OLIVEIRA DA SILVA
 PROCEDENCIA...: JOAO EDUARDO I
 ATENDIMENTO...: ATROPELAMENTO
 CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA[X mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[17] FC[] SPO2[]
 EXAM.COMPL.[] RAO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGR
 SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: *Último dia de hospitalização* DATA PRIMEIROS SINTOMAS:
relato de queda com fratura de fêmur e pelve
 OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
 ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]
paciente com um novo episódio de crise

DIAGNOSTICO: *VITIMA DE ATROPELAMENTO* CID:
para PRESCRIÇÃO
 HORARIO DA MEDICACAO
Admissão de Danilo
Medicamento
 SAME / FUERE
 COPIA
 ORIGINAL

DATA DA SAIDA: / /
 ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):
 TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
 OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

22:20hrs. Paciente apresentando melhora clínica
glasgow 15 (6+6+4)
cd. Alto hospitalar com orientações gerais + retorno
acompanhamento ambulatorial

Schella Caré Kozzen
CRM 1045

17:35hs - Menor, um menino...
 da mãe, procedente de sua residência, lucido
 orientado, ativo, reativo, eupneico, apresenta
 bo. palidez cutânea, afebril, vítima de atropelamento
 por moto na $\pm$ 30 minutos com politrauma.
 Neg. perda de consciência e/ou vômito.
 A mãe estava atravessando a rua com
 seu filho quando foi atropelado. Apresenta
 lacrimas em região frontal, face e joelhos. N
 17:35hs. Enfe. Liduma. coen 137-205 / Encaminhado
 para realização de RX e posterior avaliação do ortopedico.
 O atropelamento ocorreu durante o deslocamento da mãe.

refere dor no joelho direito com aspecto de contusão
 e edema. Sem sinal de fratura.

Alto tratamento...

SAME 7 FUERB
 COPIA
 CONFORME ORIGINAL

- ① Dipirona - 17 gotas VO 18:40
- ② Plavil - 17 gotas VO 18:40
- ③ Oxi I
- ④ Analgésico de Zumbado

18:40hs. Transferido para observação pediátrica
 18:45 psp. sem alteração...
 em história de vítima de atropelamento...
 em atendimento no H...
 pela mãe

CTM... faciente com encefalograma de face.
 do ex clivado + RX para fratura de fêmur
 dor nos membros inferiores.
 Alta da CTM.

Dr. [Assinatura]
 T. Bica - Médico - CRM 1009-AC