



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
ACRE
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro: Rio Branco
Processo: 07018179020198010001
Classe do Processo: Petição
Data/Hora: 05/02/2020 08:52:35

Partes

Solicitante: Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A

Documentos

Petição: 2610305_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01-1-3.pdf
Anexo - Petição: 2610305_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_Anexo_02 - 1-17.pdf
Anexo - Petição: 2610305_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_Anexo_02 - 18-20.pdf

Nota: Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC

Processo: 07018179020198010001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RODRIGO COSTA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Em resposta ao apurado pelo Ilustre perito no laudo pericial, cabe ressaltar que a parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada pericia a qual apurou sequelas no ombro esquerdo em decorrência de lesão acometida na clavícula com repercussão leve (25%), efetuando o pagamento no valor de R\$1.687,50:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170407668
Vítima: RODRIGO COSTA DA SILVA

Cidade: Rio Branco
Data do acidente: 07/06/2017

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER

Diagnóstico: Fratura de clavícula esquerda

Descrição do exame Deficit funcional moderado do ombro esquerdo
médico pericial:

Resultados terapêuticos: Apresenta limitação moderada da elevação e rotação na movimentação do ombro esquerdo e da rotações interna e externa . teve alta hospitalar no mesmo dia do acidente, optado por tratamento conservador com imobilização em {QUOTES}8{QUOTES}, não realizou tratamento fisioterápico.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/10/2017

Conduta mantida:

Observações: *NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO

Médico examinador: MARCUS VINICIUS SHOITI YOMURA

CRM do médico: 890

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando lesão no membro superior esquerdo com repercussão intensa (75%).

Importante esclarecer que, conforme demonstra a avaliação administrativa realizada pela ré e, de acordo com o que demonstram os documentos médicos apresentados pela própria parte autora, a lesão foi ocasionada na clavícula esquerda, com sequelas no ombro esquerdo e não em todo o membro superior esquerdo.

Primordial se faz ressaltar que o exame pericial médico deve ser realizado com a observação de todas as informações da casuística, principalmente, analisando os documentos de atendimento médico da data do acidente.

DESTA FORMA, REQUER A INTIMAÇÃO DO EXPERT PARA ESCLARECER A RAZÃO PELA QUAL APURA LESÃO NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO SE A ÚNICA SEQUELA ACOMETIDA AO AUTOR OCORREU NO EMBRO ESQUERDO, BEM COMO, PARA GRADUAR O SEGMENTO CORRETO: OMBRO ESQUERDO.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 4 de fevereiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/AC 3988

DIEGO PAULI
4550 - OAB/AC

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RODRIGO COSTA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 08125-6

CONTA: 000010013818-7

Nr. da Autenticação A33BF30B1457E438

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170407668 **Cidade:** Rio Branco
Vítima: RODRIGO COSTA DA SILVA **Data do acidente:** 07/06/2017
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER

Diagnóstico: Fratura de clavícula esquerda

Descrição do exame médico pericial: Deficit funcional moderado do ombro esquerdo

Resultados terapêuticos: Apresenta limitação moderada da elevação e rotação na movimentação do ombro esquerdo e da rotações interna e externa . teve alta hospitalar no mesmo dia do acidente. optado por tratamento conservador com imobilização em {QUOTES}8{QUOTES}. não realizou tratamento fisioterápico.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/10/2017

Conduta mantida:

Observações: *NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO

Médico examinador: MARCUS VINICIUS SHOITI YOMURA

CRM do médico: 890

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2017

Carta n°: 11840634

A/C: RODRIGO COSTA DA SILVA

Sinistro: 3170407668 ASL-0288309/17
Vitima: RODRIGO COSTA DA SILVA
Data Acidente: 07/06/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CHARLENE RIBEIRO DA SILVA

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: RODRIGO COSTA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000008125-6

Conta: 000010013818-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

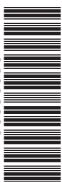
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Sinistro: 3170407668 - 2

Nome do(a) Examinado(a): RODRIGO COSTA DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): TRAVESSA LIVRAMENTO nº 143 - AYRTON SENNA - RIO BRANCO/AC

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 11828226 - SSP

Data local do exame: 11/10/2017 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 de clavícula esquerda

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 complicações.

apresenta limitação moderada da elevação e rotação na movimentação do ombro esquerdo e da rotações interna e externa . teve alta hospitalar no mesmo dia do acidente. optado por tratamento conservador com imobilização em "8". não realizou tratamento fisioterápico.

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

SIM NÃO

Existindo sequela(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.

deficit funcional moderado do ombro esquerdo

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º 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 sequela 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)

Região Corporal(Sequela)

ombro esquerdo

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

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.

NOTA DO REVISOR – MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO -

Local e data de realização do exame médico legal:

AC - RIO BRANCO, 11/10/2017

Médico Perito: MARCUS VINICIUS SHOITI YOMURA CRM:890/AC

Marcus Vinicius Yomura
Ortopedia e Traumatologia
CRM 890 TECIT 9633

Assinatura do perito Examinador - CRM

PEDIDO DE REAGENDAMENTO PERICIA MEDICA DE INVALIDEZ

À

**Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT
Rio de Janeiro/RJ**



**Vitima: RODRIGO COSTA DA SILVA
Sinistro Nº. 3170407668**

Prezado Senhores

Tendo em vista que me considero portador (a) de invalidez permanente decorrente do acidente, solicito que seja **REAGENDADO** o meu exame, para o qual **ME COMPROMETO A COMPARCER** na data e local que forem definidos por V.S^a, desde que seja agendado com antecedência por telefone ou por correspondência, desde que atinjam ao prazo para o meu comparecimento. Pois não foi avisado o escritório e nem ao cliente.

Confirmo a seguir o(s) telefone(s) de Contato e endereço abaixo.

(68) 3301 - 6477 / 99918 - 3322

Contando com a atenção e consideração, ficamos gratos.

Atenciosamente.

SABEMI SEGURADORA S/A
02 OUT 2017
RECEBIDO



04080 10134 - 6-424

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

NO. DO BE: 2460256 DATA: 07/06/2017 HORA: 22:00 USUARIO: RENIS
CNS: 707803603438714 SETOR: 06-SALA DE GESSO

NOME IDENTIFICACAO DO PACIENTE

IDADE: 22 ANOS NASC: 23/03/1995

DOC. RG 11828
SEXO: [] MASCULIN
NUMERO: 143

ENDERECO: TRAV. LIVRAMENTO

COMPLEMENTO: BAIRRO: AIRTON SENA

MUNICIPIO: RIO BRANCO

UF: AC CEP: 69900-0

NOME PAI/MAE: RAIMUNDO CAMURCA DA SILVA

/MARIA DE FATIMA COSTA DA S

RESPONSAVEL: IRMAS ELUZANIR E A EVANILDE

TEL.: 99916 7
IRMA

PROCEDENCIA: UPA-SOBRAL

ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTO

CASO POLICIAL: NAO

PLANO DE SAUDE: NAO

TRAUMA: STM

ACID. TRABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [] PULSO: [] TEMP: [] PESO: [] FC: [] SPO2: []

EXAM.COMPL: [] RAIOS X: [] SANGUE: [] URINAL: [] TCO: [] LIQUOR: [] ECG: [] ULTRASSONOGRA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Pain no braço, o antebraço e todo o torso. Dolor clavicular, osso e dor coxim frágil.

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO:

Fratura de nervo clavicular

CD:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO



Medicina após dia

SAR:

E / LIMPAR



Poxa dia

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00

10:00



Novo Acre

Governo do Estado do Acre

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SABERAMENTO

Unidade: _____

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: VRA Saborz _____

Para: HDFRB _____

Nome do paciente: Rodrigo Soárez da Silva _____

Hipótese diagnóstica: Sofismo? _____

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Paciente claudicante com dor no lado esquerdo da
anterior e lateral, exacerbatas
com dor lombar (C) + Dor nas costas
na parte central
Em RX de Rádio
pedicito abdominal CD

DATA: 1/1/17

Ora: 14:00h
Assinatura: DR. M. F. B. BORGES
07/07/2017

07 JUN 2017

ASSINATURA

SABEMI SEGURADORA S/A
26 JUL 2017
RECEBIDO



Novo Acre *

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SABERAMENTO

Unidade: _____

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: _____

Para: _____

Nome do paciente: _____

Hipótese diagnóstica: _____

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

卷之三

2024 RELEASE UNDER E.O. 14176

DATA: *t* = ?

ASSINATURA

Recebido
02.06.17
Soyane



Novo Acre

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO

Unidade:

P S

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: P S

Para: Hospital Das Clínicas Ortopédica

Nome do paciente: Rodolfo Costa dos Reis

Hipótese diagnóstica: Fratura clínica exposta

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Reenvio Ambulatório de ortopedia

D - J. Lemos (ortopedia)

Pr 03 Semana(s)

DATA: 02-06-17

ASSINATURA

SABEMI SEGURADORA S/A
26 JUL 2017
RECEBIDO



Barcode generated by



RECEITUÁRIO MÉDICO

HOSPITAL
das CLÍNICAS

Paciente: Rodrigo Costa da Silveira

DATA: 22/08/2017

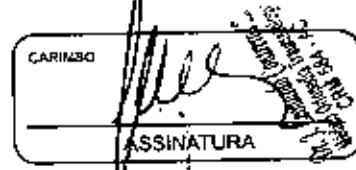
LACOS NEP. C.O

O cliente acima apresenta fratura
do clavicula esquerda com - 55
dias de evolução em período de
consolidação óssea, em controle ambu-
[ilizável]. Sem provável de aler-



C ID S 42.0

DATA: 28/08/17



SABEMI SEGURO	...m
30 AGO 2017	
RECEBIDO	

Declaração do Proprietário do Veículo



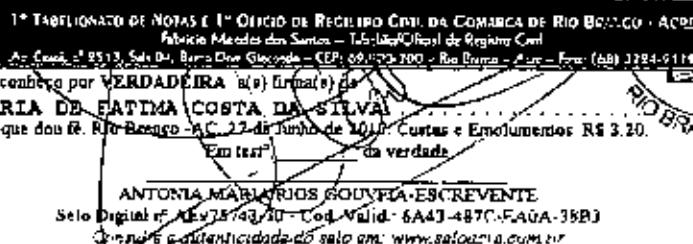
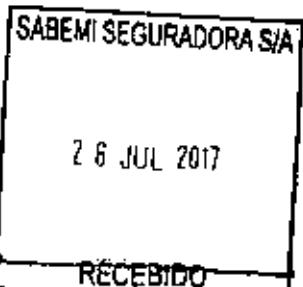
Eu, Maria de Fátima costa da silva,
RG nº 126919, data de expedição 12/05/2014
Órgão _____, portador do CPF nº 350.579.632-87, com
domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de
Acre, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Bueno Lacerda, Km 14, Rondal chico preto nº _____,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Rodrigo costa da silva, cujo o condutor era
Rodrigo costa da silva.

Veículo: moto
Modelo: Honda CG 125 Fan
Ano: 2008/2008
Placa: NAB 134 29
Chassi: 9C2JC3D708R243413
Data do Acidente: 20-06-17
Local e Data: Rio Branco / AC


Maria de Fátima costa da silva
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Rio Branco AC, 27-06-17





GOVERNO DO ESTADO DE ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DA 3ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001150/2017-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora inicio do Registro: 20/06/2017 11:44

Data/Hora Fim: 20/06/2017 16:31

Cripem: Polícia Judiciária Data: 19/06/2017

Delegado de Polícia: Karlesso Nespôo Rodrigues

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 3ª Regional

Data/Hora do Fato: 07/06/2017 16:00

Lugar do Fato

Município: Rio Branco

Bairro: Rural

Logradouro: ESTRADA TRANSACREANA, KM 100, RAMAL DO ANTILARY

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Mel(o)s Empregado(s)	Lei Maria da Penha
1095 - Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve	Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: RODRIGO COSTA DA SILVA [VITIMA, COMUNICANTE]

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 23/03/1986

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Raça/Cor: Parda

Nome da Mãe: Maria de Fátima Costa da Silva

Nome do Pai: Raimundo Camurça da Silva

Enderço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: TRAVESSA LIVRAMENTO

Nº: 143

Bairro: AIRTON SENA

Telefone: (68) 99946-7728 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

SABEM/SEGURAM/CONHECEM

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Renavam: 0011264893	Placa: NAB3429
Número do Chassi: 9C1JC30708R243413	Ano/Modelo/Fabricação: 2008/2008
Cor: PRETA	UF Véiculo: Acre
Município Véiculo: Rio Branco	Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN
Veículo adulterado?: Não	Quantidade: 1 Unidade
Situação: Mero Empregado	

30 AGO 2017

RECEBIDO

Nome Envolvido:	Envolvidos:
Rodrigo Costa da Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A VITIMA COMPARECEU NESTA DELAGACIA PARA REGISTRAR QUE, ESTAVA NA CONDUÇÃO DO VEÍCULO JÁ CITADO. ANDANDO PELA ESTRADA TRANSACREANA QUE, ESTAVA ENLANEADA, QUANDO NA DESCIDA DE UMA LADERRA CAIU EM UM BURACO, QUE ESSA QUEDA OCASIONOU A FRATURA DE UMA CLAVÍCOLA, QUE A MOTOCICLETA CONDUZIDA PELA VITIMA, É DE PROPRIEDADE DA SUA MÃE, SENHORA MARIA DE FÁTIMA COSTA DA SILVA, RG Nº: 0126819 SSP/AC, CPF: 150.579.632-87 E NADA MAIS.

ASSINATURAS

Júlia Pelegrini dos Santos

Delegado de Polícia Civil: Karlesso Nespôo Rodrigues
Impresso por: Franciele Almeida da Silva (secretaria)
Data de impressão: 23/06/2017 16:31
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



ato declaratório

MS/DATASUS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA SOBRAL

NO. DO BE: 375601

DATA: 07/06/2017 HORA: 20:46 USUARIC

CNS:

SETOR: 02-EMERGENCIA TRAUMATICA



IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : RODRIGO COSTA DA SILVA

DOC...:

IDADE: 22 ANOS NASC: 23/03/1995

SEXO: MASCULINO

ENDERECO: TRAV LIVRAMENTO

NUMERO:

COMPLEMENTO: .

BAIRRO: AIRTON SENNA

MUNICIPIO: RIO BRANCO

UF: AC CEP...:

NOME PAI/MAE: .

/MARIA DE FATIMA COSTA DA SILV

RESPONSAVEL: O PROPRIO

TEL...: 999467726

PROCEDENCIA: AIRTON SENNA

ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTO

CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO

TRAUMA: SIM

ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [] mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: RAIOS X SANGUE URINA TC
 LIQUOR ECG ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

Recepto trazido no tachado - informe que de di mante

Cl Dor no Abdome - mesa outras -

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Dolor abdominal 1 dia / 1M

2) Dor abdominal 1 dia / 1M

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

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

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

SABEM SEGUROADORA SIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: []ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML 26 JUL 2017 BATOL

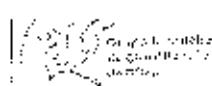
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARTIMBO DO MEDICO

RECEBIDO

Dr. Adilson Alves Júnior
07/06/2017

07/06/2017



NOME DO PACIENTE

IDADE
COMORBIDADESQUIXA
PRINCIPAL

FLUXOGRAMA

DISCR. MONITOR

Peso:

PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Tempo:	°C	Sat O2:	%	P脉:	Cor:
	ESCALA DE OCR	() 100	() 18.9	() 17	() 33.6	() 11.4	() 10	Globo:	rigida

CLASSIFICADOR
(caráter e intensidade)HORÁRIO DA CR:
Tempo máximo: 3 minutos() DESISTÊNCIA
() EVAISÃO
Assistência:

HORÁRIO

RECLASSIFICAÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As ____ horas administrado medicação conforme prescrição médica:

 Medicação Via Oral - VO, com ____ ml de água potável; Infusão Intramuscular - IM, local: _____ Medicação Endovenosa - EV, fundo de jato () MSF () MSD, local: _____
cor: () vermelho nº ____ () Selen nº ____ Medicação sublingual. Medicação subcutânea, local: _____ Outros: _____

Assinatura/COPEN

Anotações/Imersões:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

A ____

GOVERNO DO ESTADO DE ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DA 3^ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00115012017-AB

Data e hora inicio do Registro: 20/08/2017 11:44
Orgão: Delegacia de Polícia - Data: 10/09/2017
Delegado de Polícia: Karlosso Nezpoli Ruzigues

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Fim: 20/08/2017 16:31

Autor: Delegacia de Polícia da 3^ª Regional
Data/Hora da Fato: 07/08/2017 16:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Local do Fato:
Município: Rio Branco
Logradouro: ESTRADA TRANSACREANA, KM 100, RAMAL DO ANT MARY



Bairro: Rural

Tipo de Local: Área Rural

Informações	Motofáscio(s) / Empregado(s)	Dei Maria da Penha
(1) Acidente de trânsito - Acidente de trânsito	Hélio Houve	ABr

ENVOLVIDO(S)

Nome: RODRIGO COSTA DA SILVA (VITIMA, COMUNICANTE)
Endereço: Rua São João, 123 - Centro
Número/Cidade: Rio Branco
Sexo: Masculino
Nasc: 23/03/1995

Profissão: Artigoiro
Físico: Gênero: Masculino
Relação: Filho
Nome da Mãe: Maria de Fátima Costa da Silva
Nome do Pai: Remígio Germano da Silva

Endereço:
Município: Rio Branco - AC
Logradouro: TRAMESSA ENRAGIMENTO
Bairro: ANTON SEKA
Telefone: (68) 30948-7726 (Celular)

NP: 140

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motocicleta
Renavam: ABT 264803	Placa: MAU0320
Número do Chassi: 0C2J036708R243413	Ano/Modelo Fabricação: 2008/2008
Cor: PRETA	UF Veículo: Acre
Município Veículo: Rio Branco	Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FMM
Veículo Adulterado?: Não	Quantidade: 1 Unidade
Situação: Motor Enegreado	
Nome Envoltório:	Envolvimento
Endereço: Centro da Silva	Possuidor

RELATÓRIO/HISTÓRICO

A VITIMA CONFERIU INFESTA DE LAGOA PARA REGISTRAR QUE ESTAVA NA DIREÇÃO DO VEÍCULO INDICADO, ANDANDO PELA ESTRADA TRANSACREANA QNE, ESTAVA ENLANEADA, QUANDO NA DESCIDA DE UMA LADEIRA CAIU EM UM BURACO DESSA QUESADA OCASIONOU A FRATURA DE UMA CLAVÍDULA, QUE A MOTOCICLETA CONDUZIA DA FELA VITIMA, E FERIU A CLAVÍDULA DA SUA MÃE SENHORA MARIA DE FÁTIMA COSTA DA SILVA, RG Nº: 0520010 SEP/AC, CPF: 150.572.632-77, NADA Mais.

ASSINATURAS

Delegado de Polícia - Karlosso Nezpoli Ruzigues

SABEM/SEGURADORA SIA

DATA: 10/09/2017

Elegido de Policia Civil

RECEBIDO

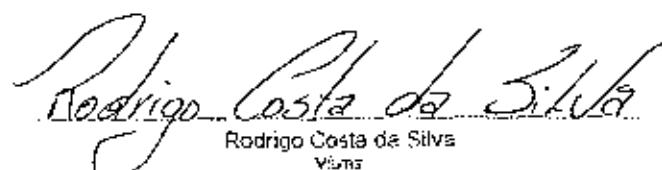
Folha: 003

Assinatura

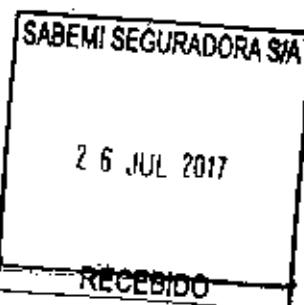
Delegado de Policia Civil - Karlosso Nezpoli Ruzigues
Assinado por: Delegado de Polícia
Data de impressão: 10/09/2017 16:32
Assinado em: 10/09/2017

PRO - Sistema de Processamento de Pequenos Documentos

Responsável pelo Acondicionamento

Rodrigo Costa da Silva
Comunicante
Rodrigo Costa da Silva
Vilma

Este é o protocolo final de direito civil do(a) Delegado(a) responsável pelas informações, nome e endereço e que não pode ser respondido civil e administrativamente pelo que seca a declaração que foi feita, conforme artigos 370-Denúncia Civil e 370-Comunicação Falsa da Cadeia ou de Conselho do Clube Penal Barreiros.



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Documento emitido na hora útil

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, Rodrigo Costa da Silva,PORTADOR(A) DO RG Nº 11828226EXPEDIDO POR SSP RCEM 06/06/2013

CPF C 2 8 7 6 6 2 5 2 - 7 0 /CNPJ

PROFISSÃO Recluse

E RENDA MENSAL DE R\$ Recluse () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rodrigo Costa 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 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 da proposta de abertura da conta 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.

SABEM SEGUADORAS30 AGO 2017RECEBIDO

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comproveem 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 001 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 81256 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 13818-5

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

Nº do BANCO 001 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 81256 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 13818-5

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 SOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Rio Branco, 23 de Junho de 2017
LOCAL E DATA

Rodrigo Costa da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legitimos beneficiários, 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 11.743/2009) 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.dpvalseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-6221201



Rio de Janeiro, 08 de Setembro de 2017

Carta nº: 11618680

A/C: RODRIGO COSTA DA SILVA

Sinistro: 3170407668 ASL-0288309/17
Vítima: RODRIGO COSTA DA SILVA
Data Acidente: 07/06/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CHARLENE RIBEIRO DA SILVA

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.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Rodrigo Costa da Silva, brasileiro(a),
estado civil Solteiro, profissão relevar, CI RG nº
11.823.226, CPF/MF nº 028.766.252.70, residente e domiciliado(a)
à Rua JU. Juvenalito nº 143 B- Monte Serra, Cidade de
Rio Branco, Estado Acre, CEP:
69.911.850, telefone 3301-6477, 99918-3322.

OUTORGADO: Thaylene Ribeiro da Silva,
CPF sob o nº 766.833.312.34 e
RG sob o nº 419871 com endereço cito à
Rua Inácia Gonçalves nº 36 B- Bosque,
na cidade de Rio Branco,
Estado do Acre.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para:
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por
escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o
andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e
apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e
Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

1º TABELIONATO DE NOTAS E 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DA COMARCA DE RIO BRANCO - AC
Márcia Mendes da Silva - Tabelionário de Registro Civil
Av. Crispiniano 4513, Sala 04, Centro, Rio Branco - CEP: 69.000-000 - R. Paraná - Acre - Fone: (68) 3294-9119
Recomendação por: YURI ADRIANO - Advogado - Barroso

RODRIGO COSTA DA SILVA.
Do que dou fô. Rio Branco/AC, 30 de Junho de 2017. Curta e Encolumentos R\$ 3,20.
Em acréscimo da verdade

RHAYANDESSON SERRA LIMA-ESCREVENTE
Selo Digital nº AF023099-90 - Cad. Valid.: 4A6D-4840-64AE-E1B9
Confira a autenticidade do selo em: www.seloeiro.com.br

- VALOR CORRENTE SEM PREÇO DE PRAZO -



RIO BRANCO - AC 30 de JUNHO

de 2017



Rodrigo Costa da Silva
OUTORGANTE

SABEMI SEGUROADORA S/A
26/06/2017
RECEBIDO