



**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_An exo_02 - 1-17.pdf
Anexo - Petição:	2610305_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_JUR_An exo_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 5ª 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**Cidade:** Rio Branco**Natureza:** Invalidez Permanente**Vítima:** RODRIGO COSTA DA SILVA**Data do acidente:** 07/06/2017**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.**Sequelae permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.**Sequelae:** 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 **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO COSTA DA SILVA **Data do acidente:** 07/06/2017 **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 nº: 11840634

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.: 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.seguradoralider.com.br.

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: **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 complicação.

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, §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 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)

ombro esquerdo

☐ 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.

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 TEOT 9633

Assinatura do perito Examinador - CRM

PEDIDO DE REAGENDAMENTO PERICIA MEDICA DE INVALIDEZ

À

Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT
Rio de Janeiro/RJ

Vítima: RODRIGO COSTA DA SILVA
Sinistro Nº. 3170407668



Prezado Senhores

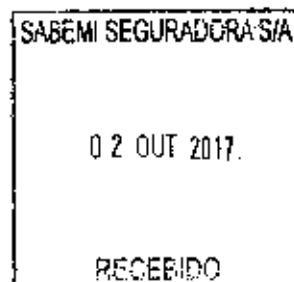
Tendo em vista que me considero portador (a) de invalidez permanente decorrente do acidente, solicito que seja **REAGENDADO** o meu exame, para o qual **ME COMPROMETO A COMPARECER** na data e local que forem definidos por V.Sª, desde que seja agendado com antecedência por telefone ou por correspondência, 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.





04080 10134- 5.424

MS/DATASUS

HOSPITAL DE ORGENCIAS 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

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: RODRIGO COSTA DA SILVA
IDADE: 22 ANOS NASC: 23/03/1995
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
PROCEDENCIA: UPA-SOBRA
ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO TRAUMA: SIM

ALSA-ERG 11828
SEXO: MASCULI
NUMERO: 143
IRMA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

feriu com ferro de arado de terra depois
chegou ao hospital em um veículo particular

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

DIAGNOSTICO:

fratura de fêmur fechada

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Dolofero 100mg 2x
2) Paracetamol 500mg 4x

SABE / 10/10/10

10/10/10

10/10/10

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

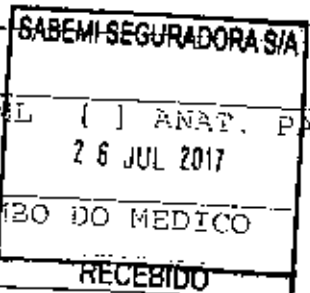
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIAR [] INL [] ANAT. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO





Novo Acre
Grupos parâmetros, Monitoramento e Apoio

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

Unidade: _____

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: VPA Sabão 2

Para: HDFRB

Nome do paciente: Roberto Costa da Silva

Hipótese diagnóstica: Encefalopatia?

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Paciente citada, se refere queda da
memória, alteração de humor, e das
funções motoras (C) e de parciais
no 2º e 3º membros
em ambos os membros
Solicito Avaliação etc.

Dra. Mariana Albuquerque
Médica - CRM 1807

07 JUN 2017

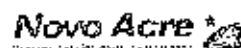
DATA: / /

ASSINATURA

SABEMI SEGURADORA S/A

26 JUL 2017

RECEBIDO



ASSINATURA

Recebido
02.06.17
Sagana



Novo Acre
Construção para o futuro

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

Unidade: _____

PS

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: _____

PS

Para: _____

Hospital Dr. Cláudio Ortopedia

Nome do paciente: _____

Rodolfo Costa D. Silva

Hipótese diagnóstica: _____

fratura clivical expa

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Retorno Ambulatório de ortopedia

D - J. Renato Cortez

em 03 Semanas

DATA

07-06-17

ASSINATURA

SABEMI SEGURADORA S/A

26 JUL 2017

RECEBIDO



RECEITUÁRIO MÉDICO



Paciente: RODRIGUES, A. J. L.

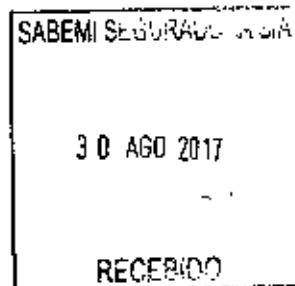
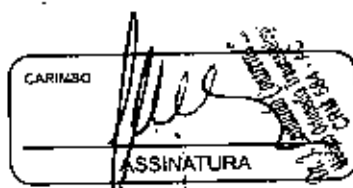
IDADE 22 anos

LAÇOS MÉDICO

O cliente acima apresenta fratura
do Clavícula esquerda com - 55
dias de evolução, em período de
consolidação óssea, em controle ambu-
latório. Sem indicação de alta

CID S42.0

DATA: 28/08/17



Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, MARIA DE FATIMA 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)
Desembargador, Km 14, Ronda Chico Preto, nº _____,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado 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: NA 013429
Chassi: 9C2JC30708R243413
Data do Acidente: 20-06-17
Local e Data: Rio Branco/AC



Maria de Fatima Costa da Silva
Assinatura do Declarante

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

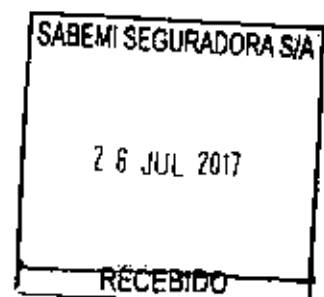
Rio Branco AC, 27.06.17

1ª Tabelionato de Notas e 1º Ofício de Registro Civil da Comarca de Rio Branco - Acre
Fátima Mendes dos Santos - Tabelião/Oficial de Registro Civil
Av. Costa e Silva, 2513, Sala 04, Barra Dourada - CEP: 69.072-700 - Rio Branco - Acre - Fone: (68) 3284-9119

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s) de
MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA
fio que dou fé. Rio Branco - AC, 22 de Junho de 2017. Custas e Emolumentos: R\$ 3,20.
Em test. _____ da verdade.

ANTONIA MARIANOS GOUVEIA-ESCREVENTE
Selo Digital nº: 46x75743/10 - Cod. Valid.: 6A4J-487C-FAUA-35B3
Confirme a autenticidade do selo em: www.safonotaria.com.br
VALIDADE: 30 DIAS A PARTIR DA EMISSÃO

1ª TABELIONATO DE NOTAS
REGISTRO CIVIL
RIO BRANCO





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



BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 001150/2017-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora início do Registro: 20/06/2017 11:44
Origem: Polícia Judiciária Data: 19/06/2017
Delegado de Polícia: Karlesso Nespou Rodrigues

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

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia de Polícia da 3ª Regional
Data/Hora do Fato: 07/06/2017 16:00

Local do Fato

Município: Rio Branco
Logradouro: ESTRADA TRANSACREANA, KM 100, RAMAL DO ANTIMARY

Bairro: Rural

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Melo(s) Empregado(a)	Lei Merta da Penha
1095 - Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve	Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: RODRIGO COSTA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 23/03/1985
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

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: TRAVESSA LIVRAMENTO
Bairro: AIRTON SENA
Telefone: (68) 98946-7726 (Celular)

Nº: 143

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo
Renavam: 0011264893
Número do Chassi: 9C2JC307D8R243413
Cor: PRETA
Município Veículo: Rio Branco
Veículo Adulterado?: Não
Situação: Meio Empregado

Subgrupo: Motocicleta/Motocicleta
Placa: NAB3429
Ano/Modelo Fabricação: 2008/2008
UF Veículo: Acre
Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN
Quantidade: 1 Unidade

SAREMI SEGURANÇA

30 AGO 2017

RECEBIDO

Nome Envolvido: Rodrigo Costa da Silva
Envolvimento: Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A VÍTIMA COMPARECEU NESTA DELAGACIA PARA REGISTRAR QUE, ESTAVA NA CONDUÇÃO DO VEÍCULO JÁ CITADO, ANDANDO PELA ESTRADA TRANSACREANA QUE, ESTAVA ENLAMEADA, QUANDO NA DESCIDA DE UMA LADEIRA CAIU EM UM BURACO, QUE ESSA QUEDA OCASIONOU A FRATURA DE UMA CLAVÍCULA, QUE A MOTOCICLETA CONDUZIDA PELA VÍTIMA É DE PROPRIEDADE DA SUA MÃE, SENHORA MARIA DE FÁTIMA COSTA DA SILVA, RG Nº 0126919 SSP/AC, CPF 150 579 632-67 E NADA MAIS.

ASSINATURAS

Delegado de Polícia

Delegado de Polícia Civil: Karlesso Nespou Rodrigues
Impresso por: Francisco Almeida da Silva (Acre)
Data de Impressão: 23/06/2017 15:37
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

ato declaratório

NS/DATASUS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA SOBRAL

No. DO BE: 375601
CNS:

DATA: 07/06/2017 HORA: 20:46
SETOR: 02-EMERGENCIA TRAUMATICA

USUARI



IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : RODRIGO COSTA DA SILVA DOC...:
IDADE.....: 22 ANOS NASC: 23/03/1995 SEXO...: MASCULINO
ENDEREÇO.....: TRAV LIVRAMENTO NUMERO:
COMPLEMENTO.....: BAIRRO: AIRTON SENNA
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP...:
NOME PAI/MAE...: /MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA
RESPONSÁVEL...: O PROPRIO TEL...: 999167726
PROCEDENCIA...: AIRTON SENNA
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: ☒ RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
☒ LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Paciente trazido por terceiros - referindo queda de moto (sic)
Cl Dor na cervical - mesa anterior

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Trauma

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1 Dose de analg. 1 hora 12 AM
2 Dose de analg. 1 hora 12 AM

20/06

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

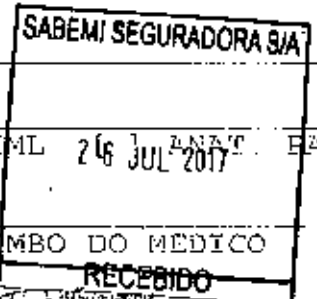
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML 26 JUL 2017 [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



Dr. Adriano Moura

07 JUL 2017

UPA TRAIUNGO SILVA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		CONTO PED		CLASSIFICAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL				COMORBIDADES:	
FLUXOGRAMA				DISCRIMINADOR	
DISCRIMINADOR				Peso:	
PARÂMETROS				Pulso:	
PA: X mmHg Temp.: °C Sat O2: %				com	
ESCALA DE OCR				Glicemia: mg/dl	
(1) 10 (2) 18-9 (3) 17 (4) 15-6 (5) 11-4 (6) 10				Glasgow: Alterado () Não alterado ()	
CLASSIFICADOR (critérios de avaliação)				HORÁRIO DA CR () DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura:	
RECLASSIFICAÇÃO				HORÁRIO	

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As _____ horas, administrei medicação conforme prescrição médica:

- ☐ Medicação Via Oral – VO, com _____ ml de água potável;
☐ Medicação Intramuscular – IM, local: _____;
☐ Medicação Endovenosa – EV, punção em () MSF () MSD, local: _____
 com () Lado nº _____ () Scalp nº _____
☐ Medicação sublingual;
☐ Medicação subcutânea, local: _____;
☐ Outros: _____

Assinatura/CCFeN

Anotações/intercorrências:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As _____ horas, _____



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 001150/2017-AB

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/03/2017 11:44
Órgão Policial Judiciária: Data: 18/03/2017
Delegado de Polícia: Carlosso Naspoh Rodrigues

Data/Hora Fim: 20/03/2017 10:21

DADOS DA OCORRÊNCIA

Atividade: Delegacia de Polícia da 3ª Regional
Data/Hora do Fato: 07/03/2017 16:00

Local do Fato

Município: Rio Branco
Logradouro: ESTRADA TRANSACREANA, KM 100, RAMAL DO ANTIMARY

Bairro: Rural

Tipo do Local: Área Rural

Intemperismo	Moto(s) Empregado(s)	Lei Maria da Penha
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não Houve	<input type="checkbox"/> Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: RODRIGO COSTA DA SILVA (VITIMA, COMUNICANTE)

Identificação: Brasileira Nacionalidade: Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 23/03/1995

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço: Rua: 1ª/Cor: Parca

Nome da Mãe: Maria de Fátima Costa da Silva Nome do Pai: Remundo Genuz da Silva

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: TRAVESSA ENRAMENTO
Bairro: AUSTON SENA
Telefone: (66) 90944-7726 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motocicleta
Renavam: 0011294803	Placa: NAC0320
Número do Chassi: 0C2JC1A709R243413	Ano/Modelo/Fabricação: 2003/2003
Cor: PRETA	UF Veículo: Acre
Município Veículo: Rio Branco	Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN
Veículo Adulterado?: Não	Quantidade: 1 Unidade
Situação: Não Empregado	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Rodrigo Costa da Silva	Possuente

RELATO/HISTÓRICO

A VITIMA compareceu nesta Delegacia para registrar que estava na condução do veículo acima citado, andando pela estrada TRANSACREANA que estava enlameada, quando na descida de uma ladeira caiu em um buraco, que essa queda ocasionou a ruptura de uma clavícula, que a motocicleta conduzia pela vítima é a propriedade da sua mãe, senhora MARIA DE FÁTIMA COSTA DA SILVA, RG Nº 0420949 SSP/AC, CPF: 150.472.632-7.

ASSINATURAS

Car. P. Naspoh Rodrigues

Delegado de Polícia Civil

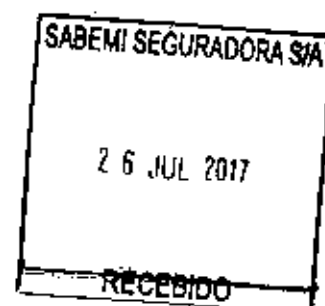
SABEMI SEGURADORA S/A
JUL 2017
RECEBIDO

Responsável pelo Atendimento

Rodrigo Costa da Silva
Comunicante
Rodrigo Costa da Silva
Vítima

Esta comunicação possui caráter de sigilo e sua divulgação poderá acarretar danos materiais e morais ao comunicante e à vítima, bem como ao andamento do processo criminal e civil. A divulgação desta comunicação poderá acarretar danos materiais e morais ao comunicante e à vítima, bem como ao andamento do processo criminal e civil. A divulgação desta comunicação poderá acarretar danos materiais e morais ao comunicante e à vítima, bem como ao andamento do processo criminal e civil.

Assinatura do Comunicante





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



0014

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Documentação necessária

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 SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 11828226EXPEDIDO POR SSP RCEM 06/06/2013CPF 0 2 8 7 6 6 2 5 2 - 7 0 / CNPJPROFISSÃO Recebeu

E RENDA MENSAL DE R\$ Recebeu (**) 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:

SABEM SEGURADORA S/A

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem 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 com este 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.

30 AGO 2017

RECEBIDO

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 001, Nº da AGÊNCIA (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 DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Rio Branco, 23 de Junho de 2017

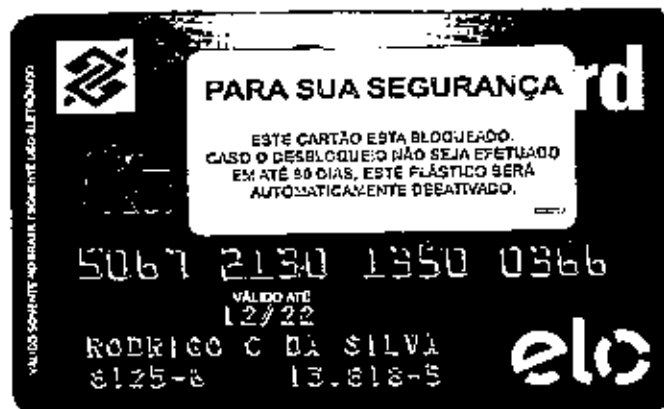
LOCAL E DATA

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 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 11.743/2009) 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.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-6221204



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 início 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 refusou, CI RG nº
11.823.226, CPF/MF nº 028.766.252.70, residente e domiciliado(a)
à Rua Luiz Viamonte nº 143 B - Anton. Sena, Cidade de
Rio Branco, Estado Acre, CEP:
69.911.850, telefone 3301-6477, 99918-3322.

OUTORGADO: Evelene Ribeiro da Silva
CPF sob o nº 766.833.512.34 e
RG sob o nº 419871 com endereço cito à
Rua Mauru pagente 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 - Acre
Fórmula (Mendes dos Santos - Tabelião Oficial de Registro Civil)
Av. Costa, nº 4513, Sala 04, Bairro Dom Gaspar - CEP: 69.000-300 - Rio Branco - Acre - Fone: (68) 3294-9112
Reconhecido por VERU/ACREDOJUR (www.veruacredojur.com.br)

RODRIGO COSTA DA SILVA,
Do que dou fé. Rio Branco - AC, 30 de Junho de 2017. Custas e Emolumentos: R\$ 3,20.
Em 100% de verdade

RAYANDESSON BERRA LIMA-ESCREVENTE
Selo Digital nº AF023099-90 - Cod. Valid.: 4A6D-484D-64AE-E1B9
Garantia a autenticidade do selo em: www.sselocrcz.com.br

VALIDO QUANTO SEMPRENTAS OU ASSINATURAS

RIO BRANCO - AC, 30 de JUNHO de 20 17



Rodrigo Costa da Silva
OUTORGANTE

