

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”

ERINALDA SILVA DA ROCHA, brasileira, Solteira, Profissão, Faxina, inscrito no CPF sob o n.º865.074.272-68e no RG sob o n.º377922SSP/AC, residente e domiciliado na DR. Sergio Bruno, QD12, CS10, n.º361, Bairro: LOT. Jequitibá, CEP:69915-781, Rio Branco-Acre ,pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui sua bastante procuradora a advogada **Dra. Stela Maris Vieira Mendes**, brasileira, devidamente inscrita na OAB/AC sob o n.º 2906, com endereço profissional na Via Chico Mendes, n.º 3570, sala 05 (Auto Posto Amapá), Corrente, CEP 69906-119, na cidade de Rio Branco, Estado do Acre, a quem confere os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra* para representar o outorgante em juízo ou fora dele, em qualquer foro, instância ou tribunal e em qualquer instituição pública ou privada, nas ações em que for autor, réu, assistente ou oponente ou de qualquer forma interessado, podendo propor e contestar ações, outorgando para tanto os poderes especiais para atuar em todo e qual quer tipo de processo, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir nos termos do CPC, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, receber alvarás e levantar valores depositados em seu nome, firmar compromisso e substabelecer com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel desempenho do presente mandato.

Rio Branco – Acre, 26 De JULHO 2018.



DECLARAÇÃO

ERINALDA SILVA DA ROCHA, brasileira, Solteira, Profissão, Faxina, inscrito no CPF sob o nº865.074.272-68e no RG sob o nº377922SSP/AC, residente e domiciliado na DR. Sergio Bruno, QD12, CS10, nº361, Bairro: LOT. Jequitibá, CEP:69915-781, Rio Branco-Acre. Para os devidos fins, que não possui condições financeiras de arcar com as despesas, honorários advocatícios e custas processuais sem prejuízo de seu sustento e de sua família, conforme previsão legal contida na lei 1.060/90.

Por ser expressão da verdade firma o presente na forma e termos da lei.

Rio Branco – Acre, 01 de Agosto 2018.





ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMÍNIO DE MELO



Polegar Direito



NÃO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

REGISTRO GERAL **377922**

DATA DE EXPEDIÇÃO

17/01/2018

NOME

ERINALDA SILVA DA ROCHA

FILIAÇÃO

PEDRO EDSON DA ROCHA

MARIA BEZERRA DA SILVA

NATURALIDADE

RIO BRANCO - AC

DATA DE NASCIMENTO

04/11/1978

DOC. ORIGEM

CERTD NASC 5470 FLS 175-V LIV A-5 SENADOR GUIOMARD - AC

CPF

865.074.272-68

SANDRO ROBERTO CUNHA RODRIGUES
DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

P 80

fls. 10

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 07/02/2019 às 10:57, sob o número 07016073920198010001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.us.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0701607-39.2019.8.01.0001 e código 2092546.

1º TABELIONATO DE NOTAS E 1º OFÍCIO DE
REGISTRO CIVIL DA COMARCA DE
RIO BRANCO - ACRE

Livro: 0118-N
Folha: 011
Prot. : 00025699

Fabrizio Mendes dos Santos
TABELIÃO/OFICIAL DE REGISTRO CIVIL

fls. 11



ESCRITURA PÚBLICA DECLARATÓRIA que faz:
ERINALDA SILVA DA ROCHA, na forma abaixo
declarada:

S A I B A M todos quantos a presente Escritura Pública Declaratória virem que, aos cinco dias do mês de março do ano de dois mil e dezoito (**05/03/2018**), na cidade e comarca de Rio Branco, Estado do Acre, neste 1º Tabelionato de Notas, perante mim, Escrevente, compareceu como Outorgante Declarante: **ERINALDA SILVA DA ROCHA**, brasileira, solteira, doméstica, portadora da Cédula de Identidade 377922-SEPC/AC e inscrita no CPF/MF nº 865.074.272-68, residente e domiciliada na Rua Doutor Sérgio Bruno, nº 361, Quadra 12, Casa 10, Loteamento Jequitibá, Rio Branco-AC; e em virtude de não ser alfabetizada, assina à rogo **ERIVAN DA COSTA FERREIRA**, brasileiro, solteiro, motorista, portador da Carteira Nacional de Habilitação 01904282170-DETRAN/AC, onde consta a Cédula de Identidade nº 0265001-SSP/AC e inscrito no CPF/MF nº 589.970.672-49, residente e domiciliado na Rua Doutor Sergio Bruno, nº 361, Quadra 12, Casa 10, Loteamento Jequitibá, Rio Branco-AC; a presente reconhecida como a própria por mim, conforme os documentos que me foram apresentados, do que dou fé. E aí, pela Outorgante Declarante, me foi declarado o seguinte: **1)** Que está impossibilitada de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que o estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da residência da declarante, não realizar perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; **2)** Declara ainda que possui conta poupança na **Caixa Econômica Federal - CEF, Agência: 3320 Op: 013 Conta: 40850 DV: 6**, de sua titularidade. A Outorgante Declarante responsabiliza-se por todas as declarações contidas neste instrumento. Por ela, Outorgante Declarante, me foi dito, finalmente, *"que aceita a presente escritura, em todos os seus expressos termos, responsabilizando-se civil e criminalmente por todas as declarações contidas neste instrumento."* Assim o disse, do que dou fé. A pedido, lavrei-lhe a presente escritura pública, que depois de lida e achada em tudo conforme outorga, aceita e assina. Dispensadas as testemunhas em consonância com o art. 215 § 5º a *contrario sensu* do Código Civil Brasileiro. E por acharem assim contratados me pediram que lavrasse esta escritura pública. Eu, Tamyres de Almeida Fernandes, Escrevente, conferi o presente instrumento, subscrevo e assino com as partes, encerrando o ato. (aa.) (i. digital) **ERINALDA SILVA DA ROCHA**, (a rogo) **ERIVAN DA COSTA FERREIRA**. Documento válido somente com o selo de fiscalização nº **AF797813-63**, Cód. Valid. **65D2-1321-9C67-F182**, conforme Provimento COGER-TJ/AC nº 03/2013. Pagos os emolumentos R\$ 97,33, Fundo de compensação R\$ 5,72 e Fundo de Fiscalização R\$ 11,45 = R\$ 114,50. Consulte a autenticidade do selo em www.seloacre.com.br

Tamyres de Almeida Fernandes
Escrevente



MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2507878 DATA: 20/11/2017 HORA: 10:00 USUARIO: EMERSON
CNS: SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ERINALDA SILVA DA ROCHA DOCT: NT
 IDADE.....: 39 ANOS NASC: 04/11/1978 SEXO: MASCULINO
 ENDERECO.....: RUA DR. SERGIO BRUNO NUMERO: 363
 COMPLEMENTO...: BAIRRO: PORTAL DA AMAZONIA
 MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP...: 69900-000
 NOME PAI/MAE...: PEDRO EDSON DA ROCHA /MARIA BEZERRA DA ROCHA
 RESPONSAVEL...: ESPOSO - ERIVAN DA COSTA FERREIRA TEL...: 99934-0059
 PROCEDENCIA...: MORADA DO SOL
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
 CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: *fratura húmero* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *contusão joelho (sem fraturas)*

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

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

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /
 ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA: :
RESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

SAME / HUEB
 CÓPIA
 DEFORME ORIGINAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 07/02/2019 às 10:57, sob o número 07016073920198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.us.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0701607-39.2019.8.01.0001 e código 209254A.



Novo Acre
Governo pessoal, para o desenvolvimento

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

Unidade:

HCE RB - Regulatório de Leitos.

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De:

HCE RB

Para:

HC

Nome do paciente:

Emivalda Silva do Rocha

Hipótese diagnóstica:

Ex. plomax max. mol de 2º PB. E.

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

DT = 05/12/17

Acorp - Amb.

Dr. Marcelo

Ortista. na

próximo vaga.

DATA:

12/12/17

Felipe Henrique de M. Dutra
CRM 07016073920198010001
CRM 07016073920198010001

ASSINATURA

RE-165001


Governo do Estado do Acre
 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

RECEITUÁRIO MÉDICO

À Sala de gesso

1 Envolvimento de todo o pé

 Acompanhar no dia 12/12/17,
 em 07:00h, para manobras

 # Fx de torção manual
 do hálux (articular)

 Dr. Robson de Souza
 PRM Traumatologia e Ortopedia
 CRM 1903

 Dr. Vitor Ferreira
 CRM 1933 IAC
 05/12/17

ASSINATURA DO MÉDICO com C.R.M.

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2507808 DATA: 20/11/2017 HORA: 07:50 USUARIO: OTERVAL
CNS: SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ERIVAN DA COSTA FERREIRA DOC...: NT
 IDADE.....: 40 ANOS NASC: 22/03/1977 SEXO...: MASCULINO
 ENDereco.....: RUA DR. SERGIO BRUNO NUMERO: 363
 COMPLEMENTO....: BAIRRO: PORTAL DA AMAZONIA
 MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: 69900-000
 NOME PAI/MAE...: /MARTINHA PEREIRA DA COSTA FERREIRA
 RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL....: 99934-0059
 PROCEDENCIA...: MORADA DO SOL
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO
 CASO POLICIAL.: SIM PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[126 X 76 mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[74] SPO2[100%]

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

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

DADOS CLINICOS: Paciente acidentado por queda de moto, com

colerao hemorragica x corpo
e ferimentos escoriações no Joelho direito

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

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

DIAGNOSTICO: PDU CONUSO

CID:

Prescrição
 Difenidramina 100mg - 7:50
 Zileuton 600mg - 7:50
 Dipiridamol 150mg - 7:50

SOME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] EVASAO

HORA DA SAIDA: :

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA

[] IML

[] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Luis Okimura

Médico

CRM - AC 493



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ:00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, nº806 - Bosque - 69.901-380- Rio Branco- Acre

Fone: (68) 3212-4700/Fax:3224-9129

www.hsj.org.br

RECEITUÁRIO

Tramadolil 50mg Recheo

Uso Oral

DA AMAZONIA
UNES 2003 155

Ibuprofeno 600mg - 01 Cx *1500*
Tomar 01 Cp. 8/8h. *5 dias*

Dipirona 500mg - 01 Cx *3000*
Tomar 01 Cp. 6/6h. *5 dias*

DA AMAZONIA
UNES 2003 155

Marcondes Oliveira Silva
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRMIAO 2105

20111117



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ:00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, nº806 - Bosque - 69.901-380- Rio Branco- Acre

Fone: (68) 3212-4700/Fax:3224-9129

www.hsj.org.br

RECEITUÁRIO

Emmanuel Silva dos Reis

Retornar A sala de gesso dia
27/11/17 para reanálise

FX de FP hálux (E)
Contusão pulso (P)

Dr. Tassara

Marcondes Oliveira Silva
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 2105

20/11/17



SISTEMA DE INFORMAÇÕES SAI/SUS - CNPJ: 63.602.940/0001-70

SOLICITAÇÃO DE EXAMES - S.A.D.T.

TRAUMA

- ☐ H. FUNDHACRE
- ☐ H. DO IDOSO
- ☐ POLIC. TUCUMÃ
- ☐ H. DA CRIANÇA

- ☐ C.I. DA MULHER
- ☐ H. M. M. MONTE
- ☐ CACON

MATRÍCULA

Data Nasc.

Sexo M ☐ F ☒

Nome:

Erivalda Silva

- ☐ Ambulatório
- ☐ Centro Cirúrgico
- ☐ UTI
- ☐ URGENTE

Clinica

Enfermaria/Leito

O material só será colhido ou aceito se o formulário estiver preenchido por completo e com letra legível

SUSPEITA CLÍNICA

Data dos primeiros Sintomas

EXAMES SOLICITADOS

- 1
- 2
- 3
- 4

Rx re (E) Al, Dupl e Oligo

Material

Material

Material

Material

Material Enviado

Carimbo

Data

12.12.19

CRM

Assinatura do Médico

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

SR. PACIENTE A ROTINA DA COLETA FUNCIONARÁ DAS 7:00 ÀS 9:00 HORAS

DFE 2ª À 6ª FEIRA NO HOSPITAL FUNDHACRE

DIRIJA-SE À RECEPÇÃO DO LABORATÓRIO PARA MARCAÇÃO DE EXAMES ESPECIAIS OU PARA OBTEN

OUTRAS INFORMAÇÕES

RETIRAR FRACOS PARA URINA E FEZES DAS 09:00 ÀS 17:00 HORAS

ORIENTAÇÕES PARA COLETA DE EXAMES DE LABORATÓRIO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 07/02/2019 às 10:57, sob o número 07016073920198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0701607-39.2019.8.01.0001 e código 209254A.



ATESTADO MÉDICO

Atestado que o paciente Emoelda Silva Rocha

necessita de 15 (quinze)

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

CID: 580.0 592.5

Rio Branco AC, 20.11.17

Marcondes Oliveira Silva
Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 2105

Assinatura do Médico com C.R.M.

NOTA:

Este atestado é válido para as finalidades no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto-Lei nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho



GOVERNO DO ESTADO DE ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 1ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019799/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/12/2017 11:40 Data/Hora Fim: 05/12/2017 12:24
 Origem: Poder Judiciário
 Delegado de Polícia: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 1ª Regional
 Data/Hora do Fato: 20/11/2017 07:40

Local do Fato

Município: Rio Branco
 Logradouro: Rua Marte cruzamento com a Rua Vênus

Bairro: Morada Do Sol

Ponto de Referência: USINA DE ENERGIA
 Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome: ANEILSON ALVES DA SILVA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nome: ERINALDA SILVA DA ROCHA (VÍTIMA)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 377922

Nome: ERIVAN DA COSTA FERREIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 0265001

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 589.970.672-49

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Envolvido(a)	Grupo	Subgrupo	Descrição	Vínculo
ANEILSON ALVES DA SILVA	Veículo	Automóvel/Utilitário/Caminhoneta/Caminhonete	Placa NAG3355, Chassi 8AGSU1920FR176233	Proprietário
Erivan da Costa Ferreira	Veículo	Motocicleta/Motoneta	Placa MZV8767, Chassi 9C2KC08208R068795, Renavam 974438316	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que estava passando pelo cruzamento da Rua Marte com a Rua Vênus com sua esposa ERINALDA em sua moto HONDA CG 150 TITAN de placa MZV 8767 quando o senhor Aneilson não respeitou a preferência invadiu o cruzamento estando em um CHEVOLET CLASSIC de placa NAG 3355 e causou o acidente. Relata que após a colisão o comunicante e sua esposa caíram no chão. Disse ainda que foi conduzido ao PRONTO SOCORRO e foram verificados cortes na perna direita onde o mesmo recebeu vários pontos bem como escoriações na perna direita. Que após algum tempo a sua esposa se dirigiu ao PRONTO SOCORRO e foi diagnosticada com o dedão do pé esquerdo.



Delegado de Polícia Civil Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara
 Impresso por: Everson Gleisson Rocha Souza
 Data de Impressão: 05/12/2017 12:24
 Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

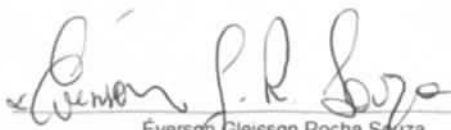
PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia Judiciária

Rafael Marcos C. Pimentel
 Delegado de Polícia Civil

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019799/2017

ASSINATURAS


Everson Gleisson Rocha Souza
Responsável pelo Atendimento
Erivan da Costa Ferreira
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime do de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara
Impresso por Everson Gleisson Rocha Souza
Data de Impressão: 05/12/2017 12:24
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia Judiciária

DETRAN
ACRE
Povo do Acre
 GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
 SERVIÇO DE TODO CORREIO

Departamento Estadual de Trânsito

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

04517

NÚMERO FOLHA

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DE RODOVIA

RUA MARTE

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC...

RUA VENUS

06 HORA DA OCORRÊNCIA

07:40

07 ZONA RURAL / URBANA

☒ URBANA

08 DATA

20/11/17

09 DIA DA SEMANA

SEGUNDA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO ☐ 1COLISÃO ☒ 3TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM ☐ 5CHOQUE COM OBJETO FIXO ☐ 7OUTRA (ESPECIFICAR) ☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO ☒ 1CONCRETO ☐ 3PARALELEPÍEDO ☐ 5CASCALHO ☐ 7TERRA ☐ 9AREIA ☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA ☐ 1MOLHADO ☒ 3OLEOSA ☐ 5ENLAMEADA ☐ 7DANIFICADA ☐ 9OBRAS ☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM ☐ 1CHUVA ☐ 3NEBLINA ☐ 5GAROA ☒ 7

14 N° DE VEÍCULOS

02

15 N° DE VÍTIMAS

0

SEM VÍTIMAS ☐COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

ANGILTON ALVES DA SILVA

17 SEXO

☒ M ☐ F ☐ 3

18 NASCIMENTO

28/11/76

19 ENDEREÇO

TRAV. JUDIA, 763, RECANTO DOS BURITIS (99989-7322)

20 1ª HABILITAÇÃO

18.02.2003

21 CATEGORIA

AC

22 PRONTUÁRIO

02756834640

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☐ NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☐ NÃO ☐ 3

27 MARCA

I/CHEVROLET CLASSIC

28 ESPÉCIE

AUTOMÓVEL

29 PLACA

NAG-3355

30 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

ANGILTON ALVES DA SILVA

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

#BAGSU1920FR176233#

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐NÃO ☐

36 AVARIAS

SEIOR FRONTAL/LATERAL ESQUERDO

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

CENTRO-BAIRRO PELA RUA VENUS

40 AÇÃO DO CONDUTOR

PERMANECERU AO/NO LOCAL

PONTOS

37 CARRO



39 MOTO



41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

AF

42 NOME CONDUTOR

ERIVAN DA COSTA FERRGIRA

43 SEXO

☒ M ☐ F ☐ 3

44 NASCIMENTO

22/03/77

45 ENDEREÇO

RUA DR. SERGIO BRUNO, 912, C10 - SEQUITIBA

46 1ª HABILITAÇÃO

18.12.1995

47 CATEGORIA

D

48 PRONTUÁRIO

01904202170

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☐ NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☐ NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☐ NÃO ☐ 3

53 MARCA

HONDA CB 150 TITAN

54 ESPÉCIE

MOTOCICLO

55 PLACA

MTV-8767

56 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

ERIVAN DA COSTA FERRGIRA

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

#9C2KCB020BRO008795#

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐NÃO ☐

62 AVARIAS

SEIOR FRONTAL E LATERAL ESQUERDO

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

CENTRO-BAIRRO PELA RUA MARTE

66 AÇÃO DO CONDUTOR

CONDUTIDO AO PS PELO SAMU

PONTOS

63 CARRO



65 MOTO



67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

BAF

68 NOME

 Kria Assaf da Silva
 CPF: 9984386228-87

69 SEXO

☐ M ☐ F ☐ 3

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

 Coordenadoria de Engenharia de
 Trânsito

CONFERE COM O ORIGINAL

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

76 SEXO

☐ M ☐ F ☐ 3

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

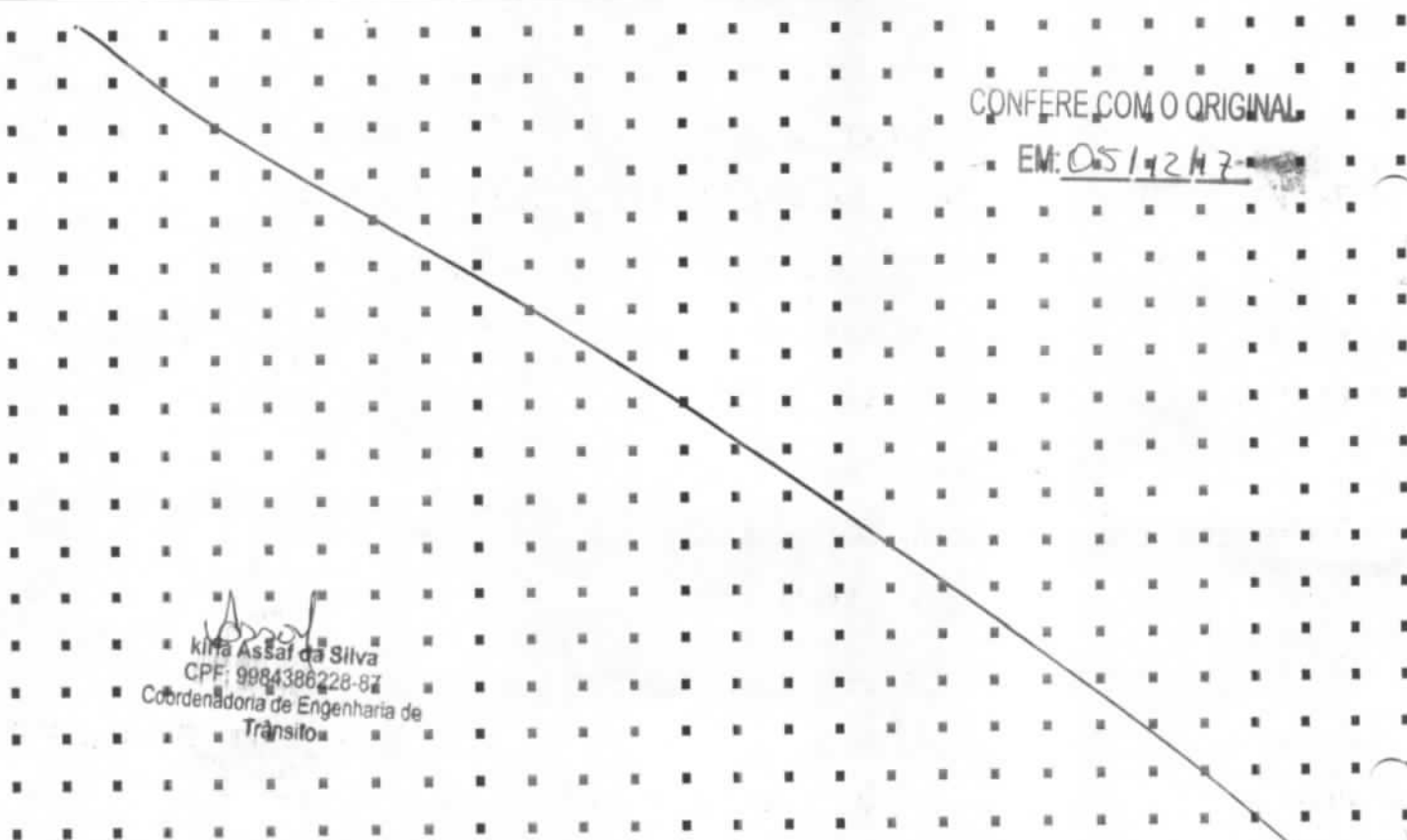
VEÍCULO / CONDUTOR

VEÍCULO / CONDUTOR

TESTEMUNHAS

VÍTIMAS	82 NOME ERIVAN DA COSTA FERREIRA	83 SEXO M ☒ F ☐	84 NASCIMENTO 22/03/77
	85 ENDEREÇO	86 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	87 VIAJAVO NO VEÍCULO Nº 2
	89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☒ PASSAG ☐ PEDESTRE ☐	90 CONDUZIDA PARA PRONTO SOCORRO	88 USAVA CINTO SIM ☐ NÃO ☐
	91 NOME ERINALDA SILVA DA ROCHA	92 SEXO M ☐ F ☒	93 NASCIMENTO
	94 ENDEREÇO	95 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	96 VIAJAVO NO VEÍCULO Nº 2
	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ PASSAG ☒ PEDESTRE ☐	99 CONDUZIDA PARA LIBERADA PELO SAMU NO LOCAL	97 USAVA CINTO SIM ☐ NÃO ☐

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE



101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES **INFORMO-VOS QUE HOVE UMA COLISÃO ENTRE T1 E T2. ACIDENTE QUE OITIMOU O CONDUTOR T2 QUE FOI CONDUZIDO ATÉ O P.S. EM UMA VIATURA DO SAMU. A PASSAGEIRA DO MOTOCICLO (VÍTIMA Nº 2) FOI LIBERADA PELO EQUIPE DO SAMU NO LOCAL DO FATO. A POLÍCIA TÉCNICA REALIZOU A PERÍCIA NO LOCAL. A HONDA ficou em posse de RONES CLEY MELO DA COSTA (CPF 541.111.352-34). O CONDUTOR DO CLASSIC (T1) NÃO OBEDECEU A PLACA DE SINALIZAÇÃO (PLACA PARE) E AVANÇOU A PREFERENCIA, OCAIONANDO ASSIM A COLISÃO COM T2.**

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA T1	103 MOTORISTA T2	104 AGENTE DE TRÂNSITO 3º SGT PM BPTam
105 NOME ANEILTON ALVES DA SILVA	106 NOME ERIVAN DA COSTA FERREIRA	107 NOME / RG Tempson - 3416
108 ASSINATURA <i>Anelton Alves da Silva</i>	109 ASSINATURA	110 ASSINATURA <i>[Assinatura]</i>
111 LOCAL RIO BRANCO-AC		112 DATA 20/11/17

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA-MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 07/02/2019 às 10:57, sob o número 07016073920198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 07016073920198010001 e código 209254D.

Requerimento de Benefício por Incapacidade

fls. 24

Comprovante do Requerimento

Requerimento: 184510673

Benefício Nº: 6211773319

Data: 05/12/2017

Dados Do Requerimento

NIT (PIS/PASEP):	16135690249
Nome:	ERINALDA SILVA DA ROCHA
Endereço:	DOUTOR SERGIO BRUNO, 361 QD12 CS10
Bairro/Município/UF/CEP:	JEQUITIBA / RIO BRANCO / AC / 69915781
Agência:	RIO BRANCO CENTRO
Endereço da Realização da Perícia:	AV GETULIO VARGAS 647
Bairro/Município/UF/CEP da Perícia:	CENTRO / RIO BRANCO / AC / 69900060
Exame médico-pericial agendado para:	07/12/2017 17:00

Termo de Responsabilidade

Confirmo a data do último dia de trabalho informada:

Responsabilizo-me sob as penas da lei pela veracidade das informações prestadas.

Data: __/__/__

Carimbo e Assinatura
do responsável pela Empresa

Assinatura

Observação

- Quando do comparecimento para a realização da perícia médica apresentar os seguintes documentos:
 - Documento de IDENTIDADE Original;
 - EXAMES ou RELATÓRIOS MÉDICOS, caso possua;
 - Se empregado, exceto doméstico, declaração preenchida pela empresa com a informação do último dia trabalhado, valendo para esse fim, a informação prestada neste formulário de requerimento;
 - Se empregado, ou trabalhador avulso, NOME e DATA DE NASCIMENTO dos dependentes para fins de salário-família, caso informado;
 - Se segurado especial (trabalhador rural), apresentar a documentação que comprove a atividade;
- A agência bancária selecionada poderá sofrer alteração de acordo com as regras para seleção de local de pagamento de benefícios do INSS. A informação do local de pagamento constará na Carta de Concessão do Benefício ou poderá ser obtida no endereço www.previdencia.gov.br ou ligando para o número 135 da Central.
- Para que a Previdência Social possa localizá-lo(a), mantenha o seu endereço sempre atualizado, o que pode ser feito, inclusive, por meio da Central 135.

Encerrar

Imprimir

v2.13.12 - build-time 2017-11-14T13:52:03Z

MPS | INSS

Terça-feira, 05 de Dezembro de 2017



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

SABI
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: RIO BRANCO CENTRO

REMARCAÇÃO DE EXAME PERICIAL
REQUERIMENTO Nº 184510673

Prezado (a) Sr(a)

ERINALDA SILVA DA ROCHA

(Nome do segurado)

Informamos que foi remarcado seu exame pericial para a data, hora e local a seguir discriminados:

Data: 08/12/2017**Hora:** 09:00**Endereço:**

AV GETULIO VARGAS 647

CENTRO

RIO BRANCO - AC

Compareça ao exame pericial agendado, levando RG (Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional. Considerando que já houve solicitação de remarcação, informamos que o não comparecimento na data acima agendada ensejará no indeferimento do requerimento ou cessação do benefício.

Rio Branco, 07 de dezembro de 2017

Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em ____/____/____

Assinatura do Requerente/Rep. Legal



Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2018

Carta nº: 12978586

A/C: ERINALDA SILVA DA ROCHA

Nº Sinistro: 3180144292
Vitima: ERINALDA SILVA DA ROCHA
Data do Acidente: 20/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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: ERINALDA SILVA DA ROCHA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000003320

Conta: 0000040850-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01039/01040 - carta_15R - INVALIDEZ

