

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 00000009258-0

Nr. da Autenticação DEF488E8F1976D8B

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190311453 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 09/12/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS
BARBOSA

PARECER

Diagnóstico: Fratura de antebraço esquerda (diafise de ulna)

Descrição do exame físico: cicatriz cirurgica d 10 cm na borda ulnar do antebraço, hipotrofia do antebraço, limitação na flexao do punho a 70 graus e na extensao do punho a 50 graus, limitação na pronosupnação a 70 graus e redução da força muscular do membro.

Resultados terapêuticos: cirurgico para osteossintese com placa e parafusos, e fisioterapia.
Alta: Maio de 2019.

Sequelas permanentes: limitação funcionalbo punho e antebraço esquierdo conforme descrito no exame fisico e redução da força muscular do membro.

Sequelas: Com sequelas

Data do exame físico: 17/05/2019

Conduta mantida:

Observações: EM CONFORMIDADE COM AVALIAÇÃO TECNICA DA DOCUMENTAÇÃO ANEXADA E EXAME REALIZADO PAGO DANO FUNCIONAL EM PUNHO ESQUERDO 50%

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Otorrinolaringologista

AUSA EXTERNA

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

NO. DO BE: 2600913 DATA: 09/12/2018 HORA: 17:00 USUARIO: ERICO
CNS: 702308102999614 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA DOC...: NT
 IDADE.....: 33 ANOS NASC: 29/06/1985 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECHO....: TRAV. SANTA AMELIA NUMERO: 00172
 COMPLEMENTO...:
 MUNICIPIO....: RIO BRANCO UF: AC CEP...:
 NOME PAI/MAE...: FRANCISCO ALVES BARBOSA /MARIA IVENILDE LUZ DE OLIVEIRA
 RESPONSAVEL...: CONDUZIDO PELO SAMU TEL...: 99211416
 PROCEDENCIA...: FLORESTA
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE EVIDENCIADO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM
 TRAUMA: NAO

PA [126 x 76 mmHg] PULSO [] TEMP. [] PESO [] 23-ABR-7194 FC [81] SPO2 [94]
 EXAM.COMPL. [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] COLO [] QUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: *Paciente trazido para o hospital de urgencia e emergencia de Rio Branco. Vivia sozinho, sem trabalho. Seu endereço é Travessa Santa Amélia, nº 00172, bairro Floresta. Paciente fala português com dificuldade. Foi levado para a emergencia devido a dor no abdômen. A dor é de intensidade moderada. Dor abdominal de origem indeterminada. Paciente não tem antecedentes de doenças crônicas. Faz uso de medicamentos: Paracetamol, ibuprofeno.*
 DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /
 OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

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

sem dor nenhuma. Geral.

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

<i>(1) Rx amox (2), tans.</i>	<i>(3) ginnos</i>	<i>(4) analgesico</i>
<i>(2) Rx amox (2), tans.</i>	<i>Rx co. furosemico (1).</i>	<i>(5) analgesico</i>
<i>(3) tans 40g, tans</i>	<i>18:00h</i>	<i>18:00h</i>
<i>(4) dt in.</i>	<i>dous dias daRx amox (2), tans.</i>	<i>dous dias daRx amox (2), tans.</i>

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
 ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): *Dr. Novato*

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

*Dr. Bruno Braga Palácio
Residente: Churgia geral*

FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

CAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

51422

Unimed

Pronto Atendimento 24h

www.unimedriobranco.com.br
 Av. Antônio da Rocha Viana, 1812
 69918-480 - Village Wilde Maciel - Rio Branco - AC
 (68) 2106-4770

FICHA DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA

Paciente:

FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSACarteira: **8650001740420008**Atendimento: **128116**Data e Hora: **10/12/2018 11:30**

128116

**Senha da autorização
do convênio**
32067421 / 8491319**UNIMED INTERCAMBIO****SENHA: UE0057**Paciente: **34465 FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA** Sexo: MASCULINOData do Nascimento: **29/06/1985** Idade: **33 anos** Convenio: **4 UNIMED INTERCAMBIO**Nome da Mãe: **MARIA IVANILDE LUZ DE OLIVEIRA** Nome do Pai: Estado Civil: **CASADO** Nome do Médico: **MEDICO PLANTONISTA**Endereço: **TRAV TAMARATI**Cidade/UF: **--**RG (Identidade): **55526812**CPF (Cadastro de Pessoa Física): **95757546204**

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

CRM: Bairro: **JOO EDUARDO II**Usuário Atendimento: **UEMERSO SOUZA**

SSP-SP Data de Emissão:

Fone: **999223729** COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

Data de Emissão CRN:

23 ABR 2019

Pronto Atendimento 24h

RX C.R.
 Recuado

Francisco Dionato de Oliveira Barbosa
 Assinatura do Paciente ou Responsável

Membro da Aliança
Cooperativa Intercâmbio

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
 Roberto Rodrigues

ANS - nº 33787-1

✓

1-Registro ANS 337871	3-No. Guia Principal 30/09/2019	4-Data de Autorização 10/12/18	5-Senior 8491319	6-Data Validade da Senha 08/02/19	7-Número da Guia Autubado pela Operadora 32067421
Dados de Autorização 6-Número da Carteira 865 0001740420008					
Dados de Sociedade 13-Código na Operadora 20006270					
14-Nome do Contratado JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA					
15-Nome do Profissional Solicitante JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA					
Dados de Sistemas / Procedimentos e Exames Realizados 21-Caráter da Solicitação 2-1-Efetiva 2-Urgência/Emergência 22-Tabida 10/10/1039					
23-Data/Hora da Solicitação 10/12/18 13:15					
24-Descrição Consulta em pronto socorro					
25-Código do Procedimento 26-Tipo de Atendimento CONSULTA					
27-Cod. Operadora PRONTO ATENDIMENTO UNIMED RIO BRANCO					
28-Tipo Atendimento CONSULTA					
29-Data de Execução/Procedimento e Exame Realizado(s) 30-Hr Inicial 31-Hr Final 40-Tableta					
32-Tipo Atendimento CONSULTA					
33-Indicação de Acidente Outros					
34-Tipo de Consulta Primeria Consulta					
35-Motivo Encaminhamento					
36-Data					
37-Hr Inicial					
38-Hr Final					
39-Descrição					
40-Cód Proced.					
41-Descrição					
42-Crite					
43-Via					
44-Tec.					
45-%Red/AC					
46-Valor Total					
47-Valor Unit.					
48-Valor Total Status Biometria					
49-Profissional Executante(s) 50-Código na Operadora/CPF					
51-Nome do Profissional					
52-Conselho Prof.					
53-Número Conselho					
54-JF					
55-Ord. CBO					
56-Data e Autorização de Realização do Procedimento em Sebe					
1-	3-	5	7	9	
2-	4-	6	8	10	
58-Observação / Justificativa					
59-Total Procedimentos R\$ 0,00					
60-Total Taxas e Alugéis R\$ 0,00					
61-Total Materiais R\$ 0,00					
62-Total de OPME R\$ 0,00					
63-Total de Medicamentos R\$ 0,00					
64-Total Gastos Medicinais R\$ 0,00					
65-Assinatura do Responsável ou Representativo					
66-Assinatura do Contratado					
67-Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68-Assinatura do Contratado					

Unimed

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

1000022

Status: AUTORIZADA

2-No.

PROBLEMATIZAÇÃO

Número protocolo

Relatório da Guia Autônoma para Operadora

150219

32074369

REGISTRO ANS

337871

3106-Guia Física

4-Dia de Autorização

5-Sesão

6503143

7-Datas do Benefício

865 000 10795 15097

9-Validade da Carteira

30/09/2019

10-Nome

ALUIZIO LOPES DE LIMA

11-Número Cadastro NIS/Sant

12-Alinhamento a RN

NAO

Dados do Beneficiário

13-Nome da Carteira

14-Nome do Consultado

15-Nome do Profissional Sobrename

16-Nome do Consultado

17-Número no Consultório

18-UF

19-Código CBO-S

20-Assinatura do Profissional

21-Caracter da Spcializac

22-Datas (se na Sociedade)

23-Instrução Clínica (descrição de pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto risco)

24-Tabela

25-Código do Procedimento

26-Descrição

27-OI: Somada

28-OK: Autorizada

29-Status

30-Data do Consultório

31-Nome do Consultado

32-Tipo Atendimento

33-Indicação de Acompanhante

34-Tipo de Consulta

35-Motivo Encerramento

36-Data

37-Hr Inici

38-Hr Final

39-Tabela

40-Cod Proced

41-Descrição

42-Onte

43-Via

44-Tec

45-%Red Ac

46-Wt. Unid.

47-Valor Total

48-Seq_Ref

49-Gr_Pat

50-Consulta na Operadora/CPF

51-Nome do Profissional

52-Consulta Prof.

53-Número Consulto

54-Uf

55-Cod CBO

56-Observação / Justificativa

57-Total Precoamento R\$

58-Total Taxas e Aluguel R\$

59-Total Materiais R\$

60-Total de OPME R\$

61-Total de Medicamentos R\$

62-Total de Gases Medicinais R\$

63-Total Celula da Guia R\$

64-Total Celula da Guia R\$

65-Assinatura do Responsável pela Consulta

66-Assinatura do Consultado



Prescrição.: 122075 Data: 10/12/2018 11:50 Usuário....: JOSE.OLIVEIRA Atendimento: 128116
Paciente...: 34465 - FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA Dt Nasc: 29/06/1985 (33a 5m 12d)
Convênio...: UNIMED INTERCAMBIO Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação: 10/12/2018 11:30 0 Dias(s) Int.
Médico.....: JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA - CRM 627
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CLINICA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: S501 CONTUSÃO DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NÃO ESPECIFICADAS DO ANTEBRAÇO
Classificação de Risco:P URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:POUCA URGENCIA

PRESCRIÇÃO MED URG

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 PUNHO AP - LAT - OBLIGUAS , Exame: 11375	1					
2 RX ANTEBRACO , Exame: 11375	1					

JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA
CRM 627

1-Registro ANS 3337871	3-No. Guia Principal 300902019	4-Data de Autorização 10/12/18	5-Senha 8491385	6-Data Validade da Sessão 06/02/19	7-Número da Guia Autubado pela Operadora 32067476
8-B-Número da Carteira 865 0001740420008			10-Nome FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA		
13-Código na Operadora 20006270			11-Número da Carteira Nac. Saúde NAO		
15-Nome do Profissional Solicitante JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA			12-Atendimento a RN NAO		
16-Nome do Contratado JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA			13-Número Cédula Profissional 225225		
17-Conselho Regional de Medicina 6277			14-Assinatura do Profissional		
21-Caracter da Solicitação 2-Efetiva 2-Urgência/Emergência			22-Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo) 10/12/18 13:49		
24-Tabela 25-Código do Procedimento 22 40803112 22 40803104			26-Qt. Solicitada 1 1		
27-Descrifção RX - Punto RX - Antebraço			28-Qt. Autorizada 1 1		
29-Dados do Consultado-Exequente 30-Nome do Contratado PRONTO ATENDIMENTO UNIMED RIO BRANCO			31-UNES 20020219		
32-Tipo Atendimento EXAMES			33-Indicação de Acidente Outros		
34-Indicação de Consulta Retorno			35-Motivo Encerramento		
36-Datas de Execução 37-Hr Inicial 10/12/18 12:02 10/12/18 12:02			38-Hr Final 39-Tabata 40-Cod Proced. 40803112 40803104		
41-Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s) 48-Seq. Ref 49-Gr.Part.			42-Cópia 1 1		
50-Código na Operador/CPF			43-Via 1 1		
51-Nome do Profissional			44-Tec. 1 0,00		
52-Consultor Prof.			45-% Real/Ac 0,00		
53-Número Conselho			46-Vlr. Unit. 0,00		
54-UF SG-Cód. CBO			47-Valor Total 0,00		
55-Data e Assinatura de Realização dos Procedimentos em Série 1- 2-			48-Executado 1 1		
59-Observe/Justificativa Unimed Rio Branco			49-Atendido 1 1		
60-Total Taxas e Alugueis R\$ 0,00			50-Total Medicamentos R\$ 0,00		
61-Total Maternais R\$ 0,00			51-Total de OPMIE R\$ 0,00		
62-Total de OPMIE R\$ 0,00			52-Assinatura do Beneficiário ou Responsável Unimed Rio Branco		
63-Total de Medicamentos R\$ 0,00			53-Assinatura do Consultor Unimed Rio Branco		
64-Total Gastos Medicinais R\$ 0,00			54-Total Gastos Gerais R\$ 0,00		
65-Assinatura do Representante Unimed Rio Branco			55-Assinatura do Contratado Unimed Rio Branco		

Atendimento: 128116

Paciente: FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA

Idade: 33 Anos 5 Meses

Data de Nascimento: 29/06/1985

Leito Atual:

Médico Assistente: JOSE ROBERTO RICARTE DE OLIVEIRA

Setor: P.A - URGENCIA E EMERGENCIA

Prestador Responsável: FELIPE DA SILVA BASTOS

Conselho / Número COREN - AC - 483897

Função: ENFERMEIRO(A)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 10/12/2018

Hora anotação: 14:05

Data anotação: 10/12/2018

Leito:

Responsável: FELIPE DA SILVA BASTOS

Anotação

14h Paciente deu entrada nesta unidade com queixa de dor no braço após queda de motocicleta. Realizou RX e foi reavaliado pelo médico plantonista, que solicitou sobreaviso da ortopedia. Realizado contato entre plantonista da unidade e médico de sobreaviso (Dr Rodrigo Vick), que solicitou que o paciente fosse encaminhado via ambulância para seu consultório, sendo assim realizado.

Felipe da Silva Bastos
Enfermeiro COREN/AC 000.483.8997
Unimed Rio Branco

FELIPE DA SILVA BASTOS

COREN - AC - 483897

**GUIA DE SERVICO PROFISSIONAL / SERVICO AUXILIAR DE
DIAGNOSTICO E TERAPIA - SPISADT**

2 - Nº Guia no Prestador **478134**

337871

8491319

FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BA

32067421

Dados do Beneficiário

N

Dados do Solicitante

N

TI - Código do Apontado

410000014

UNIMED RIO BRANCO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO LTDA

06

627

225125

20

0000000000000000

TI - Código da Unidade de Saúde

30/09/2019

12

225125

20

0000000000000000

TI - Código do Consultor

FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BA

N

TI - Código da Unidade de Saúde

30/09/2019

0000000000000000

TI - Código da Unidade de Saúde

30/09/2019

0000000000000000

TI - Código da Unidade de Saúde

30/09/2019

0000000000000000

TI - Código da Unidade de Saúde

30/09/2019

0000000000000000

TI - Código da Unidade de Saúde

30/09/2019

0000000000000000

TI - Código da Unidade de Saúde

30/09/2019

0000000000000000

TI - Código da Unidade de Saúde

30/09/2019

0000000000000000

TI - Código da Unidade de Saúde

30/09/2019

0000000000000000

TI - Código da Unidade de Saúde

30/09/2019

0000000000000000

TI - Código da Unidade de Saúde

30/09/2019

0000000000000000

TI - Código da Unidade de Saúde

30/09/2019

0000000000000000

TI - Código da Unidade de Saúde

30/09/2019

0000000000000000

TI - Código da Unidade de Saúde

30/09/2019

0000000000000000

TI - Código da Unidade de Saúde

30/09/2019

0000000000000000

TI - Código da Unidade de Saúde

30/09/2019

0000000000000000

TI - Código da Unidade de Saúde

30/09/2019

0000000000000000

TI - Código da Unidade de Saúde

30/09/2019

0000000000000000

TI - Código da Unidade de Saúde

30/09/2019

0000000000000000

TI - Código da Unidade de Saúde

30/09/2019

0000000000000000

TI - Código da Unidade de Saúde

30/09/2019

0000000000000000

TI - Código da Unidade de Saúde

30/09/2019

0000000000000000

AVALIADO PELO MEDICO PLANTONISTA, QUE SOLICITOU SOBREAVISO DA ORTOPEDIA, REALIZADO CONTATO ENTRE PLANTONISTA DA UNIDADE E MEDICO

173,32

100,00

0,00

0,00

0,00

273,32

DEANE

Datahora: 12/12/2018 14:43:26

Cod. Atende: 133619

Aux. Atende: 128116

Convenio: UNIMED INTERCAMBIO

133619



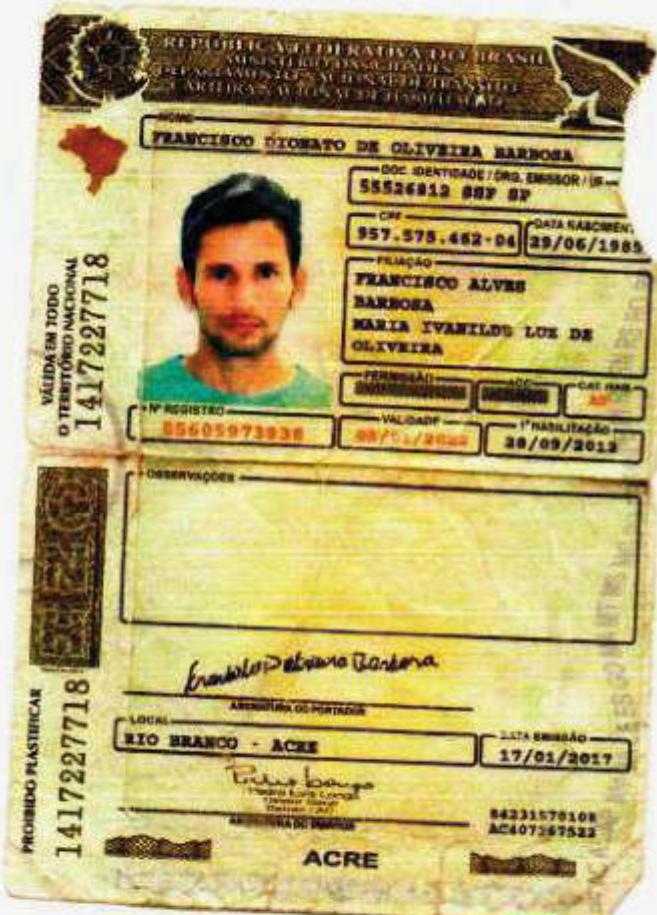
1

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

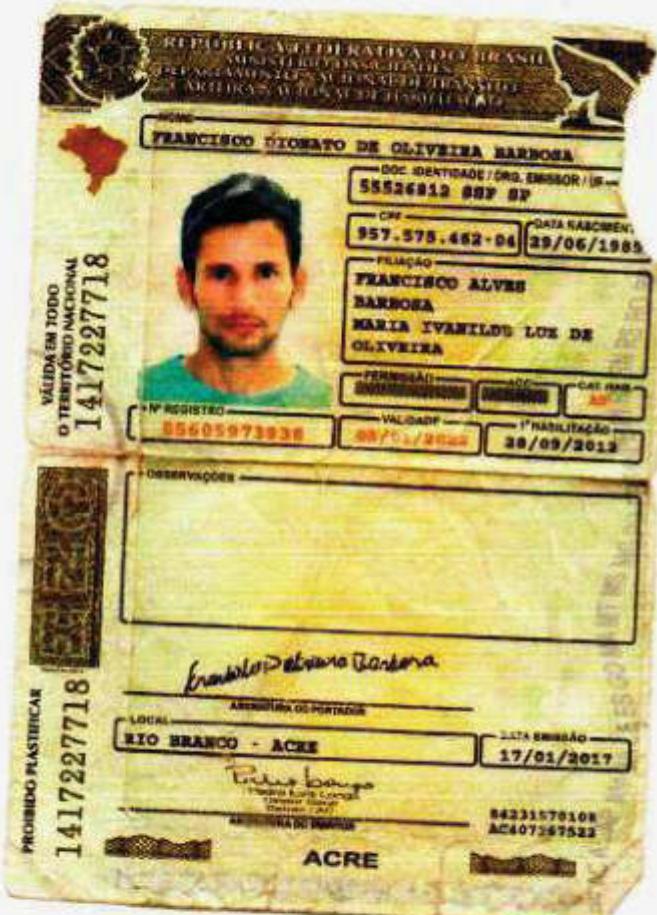
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Informação)

1 - Registro ANIS 337571	2 - Número da Guia Referenciada 32067421		
Despesas de Comunicação Externas	4 - Nome da Contratada UNIMED RIO BRANCO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO LTDA	5 - CÓDIGO CNES 999999	
Despesas Realizadas	6 - C.D. 7 - Data 8 - Hr Inicial 9 - Hr Final 10 - Tabela 11 - Orçamento do Item	12 - Cód. 13 - Unidade de Medida 14 - Fator Red / Ajuste	15 - Valor Unitário R\$ 16 - Valor Total R\$
	17 - Registro ANVIS/MS do Material 18 - Referência do material no fabricante	19 - % Autorização de Funcionamento	(90,00) 80,00
1 - 07/10/2016 11:30:06 11:50:06 18 63022191		1	80,00
20 - Descrição: TAXA DE CHAMADA DE AMPLIAÇÃO PARA USO			

21 - Total Gastos Materiais R\$ 0,00	22 - Total de Medicamentos R\$ 0,00	23 - Total de Materiais R\$ 0,00	24 - Total de COME R\$ 0,00	25 - Total Taxas e Alugueis R\$ 100,00	26 - Total de Despesas R\$ 0,00	27 - Total Gênes R\$ 100,00
--------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------	--	---------------------------------	-----------------------------









Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190311453

Vítima: FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA

Data do Acidente: 09/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190311453

Vítima: FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA

Data do Acidente: 09/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

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

Recebedor: FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000534

Conta: 000009258-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

957.575.462-04

Nome completo da vítima:

Franck Dianat de Oliveira Barbosa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Reparador

Endereço:

TV. Ipiranga

Bairro:

Jacó Eduardo II

Cidade:

Rio Branco

Estado:

Acre

E-mail:

CPF:

957.575.462-04

Número:

135

Complemento:

bra

CEP:

69.911-528

Tel. (DDDD):

(60) 98457-9815

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo. (ANEXAR CóPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONFIABILIDADE S/A

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0534**

CONTA: **9258**

CONTA CORRENTE (Todas as bancos)

23 ABR 2019

Nome do BANCO:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0534**

CONTA: **0534**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 29, §1º, declarando que esta autorização não significa plena concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data da óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou herdeiro (ao nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Rio Branco-Acre, 23/04/2019.**
Nome: _____
CPF: _____

(* Assinatura de quem assina o RGEC)

Franck D. Oliveira Barbosa
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGEC na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínterio teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012947/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/04/2019 16:18 Data/Hora Fim: 10/04/2019 16:33
Delegado de Policia: Karlesso Nespoli Rodrigues

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Policia da 3ª Regional

Data/Hora do Fato: 09/12/2018 16:20

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Bairro: Floresta Sul

Logradouro: ESTRADA DA FLORESTA

Complemento: PRÓXIMO A ELITE ENGENHARIA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Tarauacá Sexo: Masculino Nasc: 29/06/1985
Profissão: Repositor de Perecíveis
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria Ivanide Luz de Oliveira Nome do Pai: Francisco Alves Barbosa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 957.575.462-04

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: TRAVESSA ITAMARATI
Bairro: JOSÉ EDUARDO II
Telefone: (68) 89922-3229 (Celular)



Nome Civil: FRANCISCO CLAUDINER FERREIRA DE SOUZA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 17/06/1974

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: RUA SÃO PEDRO
Bairro: BAHIA NOVA

Nº: 255

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 957.575.462-04

Placa: NXT7673

Renavam: 01146117237

Número do Motor: G3G2E-054699

Número do Chassi: 9C6RG3140J0010702

Ano/Modelo Fabricação: 2018/2018

Cor: PRETA

UF: Véhicule: Acre





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012947/2019

Município Veículo Rio Branco

Marca/Modelo YAMAHA/YBR150 FACTOR ED

Modelo YAMAHA/YBR150 FACTOR ED

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Última Atualização Denatran 14/03/2018

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Francisco Dionato de Oliveira Barbosa

Proprietário

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 443.760.222-68

Placa QLX0158

Renavam 01170289646

Número do Motor G3C5E-086026

Número do Chassi 9C6DG2540J0008819

Ano/Modelo Fabricação 2018/2018

Cor AZUL

UF Veículo Acre

Município Veículo Rio Branco

Marca/Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER Z

Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER Z

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Última Atualização Denatran 31/10/2018

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Francisco Claudiner Ferreira de Souza

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE VITIMA VEIO A ESTA DEPOL PARA RELATAR QUE TRAFEGAVA A RUA QUANDO SINALIZOU PARA ENTRAR PARA ESQUERDA NA ROTATÓRIA FOI ATINGIDO POR OUTRA MOTOCICLETA QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO E TENTOU ULTRAPASSA NO MOMENTO EM QUE A VITIMA VAZIA A CONVERSÃO. DIANTE DOS FATOS PEDE PROVIDENCIAS.

ASSINATURAS

Ana Claudia Martins da Silva

Responsável pelo Atendimento

Francisco Dionato de Oliveira Barbosa

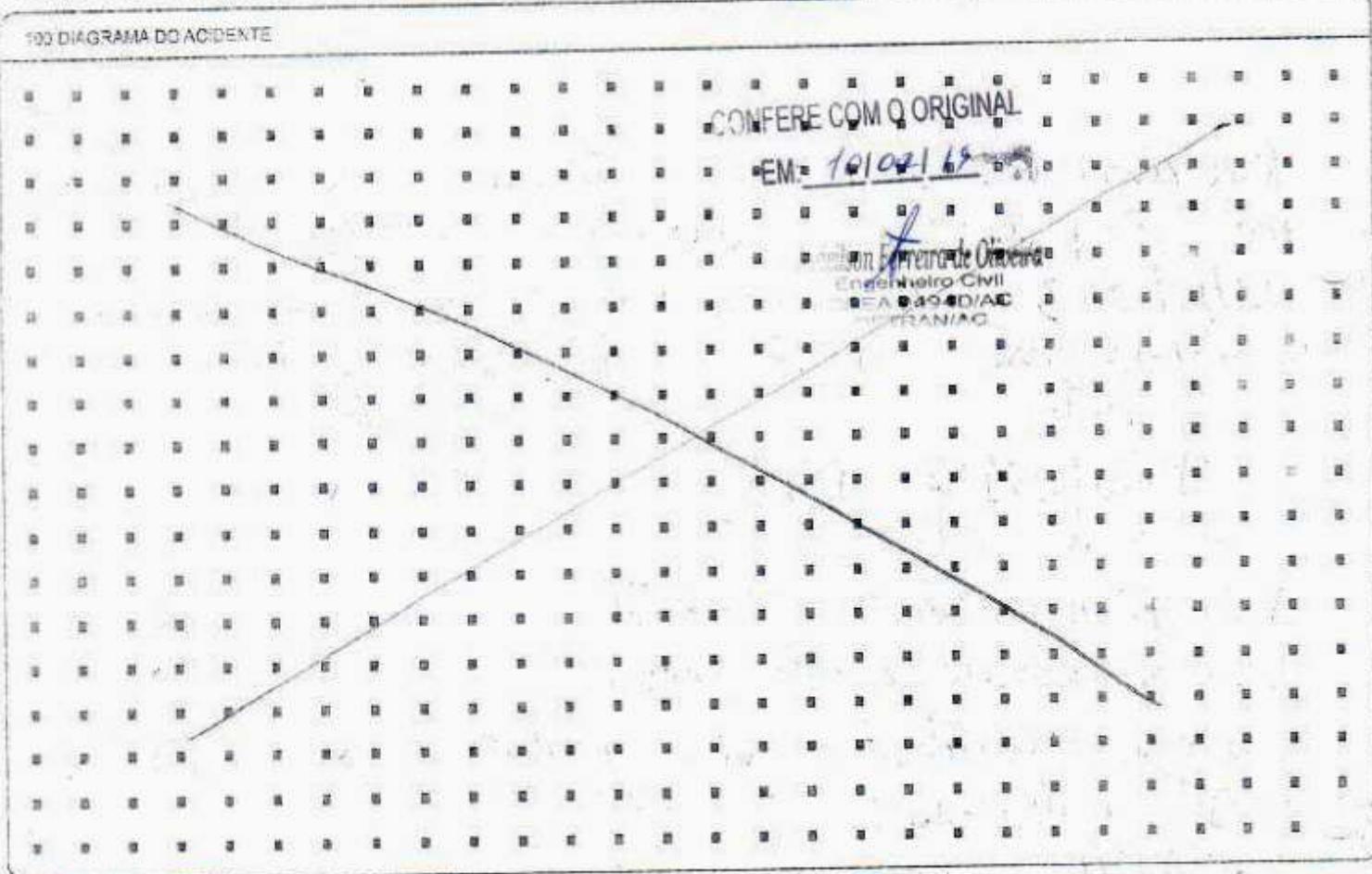
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os efeitos finais de direito que sou o(a) unico(a) responsável pelas informações acima assentadas e que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 316-Denunciação Colunista e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Karlesso Nespoli Rodrigues
Delegado(a) de Polícia

82 NOME Francisco Andrade Ferreira de Souza		83 SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	84 NASCIMENTO 11/10/1974
85 ENDERECO R. São Pedro B. Bahia n° 1355		86 FERIMENTOS LEVES GRAVES FATAIS 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVA NO VEICULO N° 1 SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
88 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5		89 CONDUZIDA PARA Pronto Socorro	90 CONDUZIDA PARA Pronto Socorro
91 NOME Francisco Dianato de Oliveira Barbosa		92 SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	93 NASCIMENTO 21/06/1975
94 ENDERECO Avenida Maratá n° 135 B Faz Edward II		95 FERIMENTOS LEVES GRAVES FATAIS 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/>	96 VIAJAVA NO VEICULO N° 2 SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
98 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5		99 CONDUZIDA PARA Pronto Socorro	

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE



101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
Que o VT ficou sob a responsabilidade do Sargento Sérgio
de Araújo Ferreira, CNH N° 05423537703 que foi informado pelo condutor aci-
m que o VT dirigia na mesma direção da que na pista da direita e que
de forma repentina houve perda de manobra de esterço para a esquerda,
tendo a colidido com o VT. Que o VT foi encaminhado ao posto de Policiamento
que não possui médico constante para fins hospitalares, pelo que
que o condutor do VT se recusou a submeter-se ao teste de alcoolemí-
etro e recusando-se a fazer a coleta de sanguíneo. Que o Sargento Sérgio
de Araújo Ferreira informou que o motorista do VT é de confiança e que a mesma
não teve informações de seu nome (DIFUSO) a mesma não portava nenhum
documento e não soube informar os seus dados pessoais, a mesma estava liberdade.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA UL UGX 0153	103 MOTORISTA UL NXT 7673	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO CB PM
105 NOME Francisco Andrade F. de Souza	106 NOME Francisco Dianato de Oliveira	107 NOME LRG 3845 PMAC
108 ASSINATURA Impossibilitado	109 ASSINATURA Impossibilitado	110 ASSINATURA Luciano
111 LOCAL Praça Branca - RJ		112 DATA 05/12/18

DETRAN
ACREBOLETIM DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

102668

NÚMERO FOLHA

Departamento Estadual de Trânsito

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

03 MUNICÍPIO

04 UF

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

06 HORA DA
OCORRÊNCIA07 ZONA
RURAL/URBANA

08 DATA

09 DIA DA SEMANA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

- ATROPELAMENTO
COLISÃO
TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM
CHOQUE COM OBJETO FIXO
OUTRA (ESPECIFICAR)

11 TIPO DE PAVIMENTO

- ASFALTO 1
CONCRETO 3
PARALELÓPEDO 5
CASCALHO 7
TERRA 9
AREIA 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

- SECA
MOLHADO 3
OLEOSA 5
ENLAMEADA 7
DANIFICADA
OBSTÁCULOS 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

- BOM 1
chuva 3
NEBLINA 5
GAROA 7

14 N.º DE VEÍCULOS

- SEM VITIMAS
 COM VITIMAS

16 NOME CONDUTOR

17 SEXO

- M 1 F 3

18 NASCIMENTO

19 ENDEREÇO

20 1ª HABILITAÇÃO

21 CATEGORIA

22 PRONTUÁRIO

23 UF

24 EX. MÉDICO EM DIA

25 USAVA CINTO

26 USAVA CAPACETE

27 MARCA

28 ESPÉCIE

29 PLACA

30 MUNICÍPIO

31 UF

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

35 COMPARECEU NO POSTO

- SIM NÃO

NÃO

36 AVARIAS

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

40 AÇÃO DO CONDUTOR

PONTOS	37 CARRO 
	38 MOTO 
1. EXAME ALCOÓLICO REALIZADO	
	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>

42 NOME CONDUTOR

43 SEXO

- M 1 F 3

44 NASCIMENTO

45 ENDEREÇO

46 1ª HABILITAÇÃO

47 CATEGORIA

48 PRONTUÁRIO

49 UF

50 EX. MÉDICO EM DIA

51 USAVA CINTO

52 USAVA CAPACETE

53 MARCA

54 ESPÉCIE

55 PLACA

56 MUNICÍPIO

57 UF

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

61 COMPARECEU NO POSTO

- SIM NÃO

NÃO

62 AVARIAS

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

66 AÇÃO DO CONDUTOR

PONTOS	63 CARRO 
	65 MOTO 
2. EXAME ALCOÓLICO REALIZADO	
	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>

68 NOME

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 10/10/19

69 SEXO

- M 1 F 3

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

72 IDENTIDADE N.º

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

76 IDENTIDADE N.º

69 SEXO

- M 1 F 3

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

80 ÓRGÃO EMISSOR

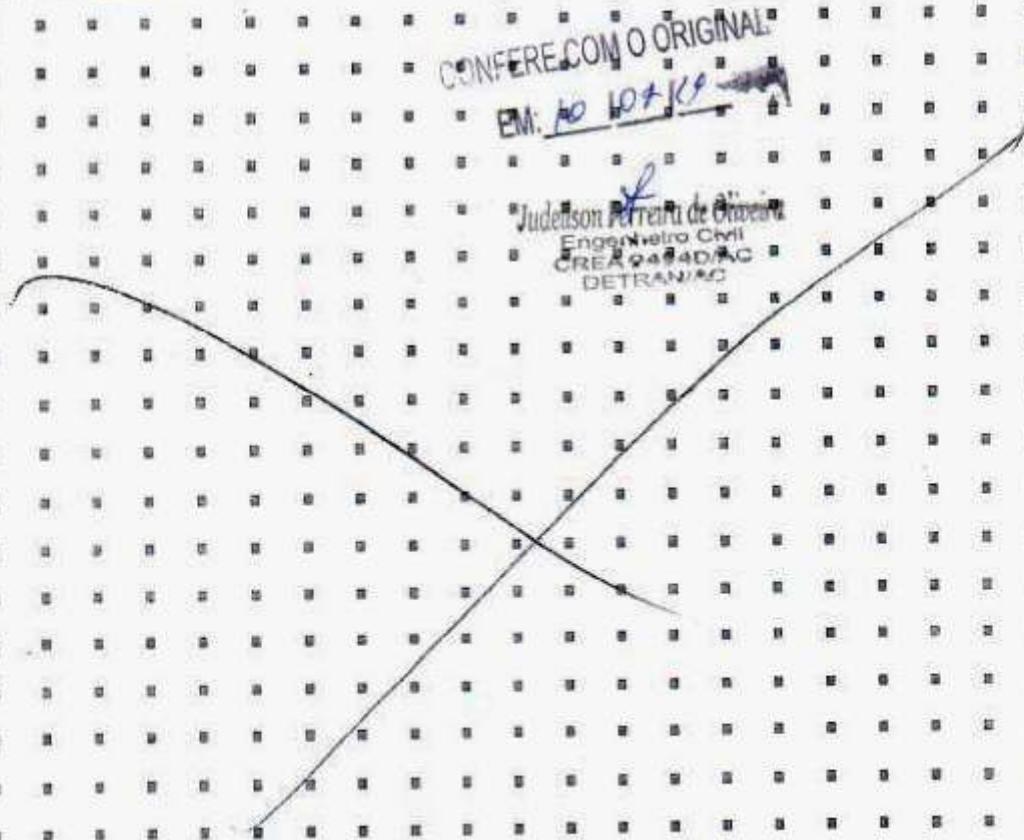
81 UF

TESTEMUNHAS N.º

Judeilson Ferreira de Oliveira
Engenheiro Civil
CREA 94940/AC
DETRAN/AC

82 NOME VITIMAS	72 Maria Nascimento de Souza	83 SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	84 NASCIMENTO 26/07/85
85 ENDEREÇO	00 Edifício Rock n° 255 R. São Pedro	86 FERIMENTOS LEVES GRAVES FATAIS 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/>	87 VIAJAVA NO VEICULO N° 1 SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
88 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR	1 PASSAG <input checked="" type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	89 CONDUZIDA PARA Pronto Socorro	90 CONDUZIDA PARA Pronto Socorro
91 NOME	Dulce	92 SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	93 NASCIMENTO
94 ENDEREÇO		95 FERIMENTOS LEVES GRAVES FATAIS 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/>	96 VIAJAVA NO VEICULO N° 1 SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
98 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR	1 PASSAG <input checked="" type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	99 CONDUZIDA PARA Pronto Socorro	

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE



101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES: Mente ambuciada e impossibilitada sobre a maca.
Que a polícia técnica se faz presente no local.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA 105 NOME 106 ASSINATURA 111 LOCAL	103 MOTORISTA 106 NOME 109 ASSINATURA	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO 107 NOME RG 110 ASSINATURA	112 DATA
VJ Gtx 0558 Mariazinha Andrade Souza Impossibilitado Rj Branco AR	UJ NXT 7673 Francisco Dantas de Oliveira Impossibilitado	COPM 3845 Anna C Luciane	09/12/18



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012947/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/04/2019 16:18 Data/Hora Fim: 10/04/2019 16:33
Delegado de Policia: Karlesso Nespoli Rodrigues

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Policia da 3ª Regional

Data/Hora do Fato: 09/12/2018 16:20

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Bairro: Floresta Sul

Logradouro: ESTRADA DA FLORESTA

Complemento: PRÓXIMO A ELITE ENGENHARIA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA BARBOSA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Tarauacá Sexo: Masculino Nasc: 29/06/1985
Profissão: Repositor de Perecíveis
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria Ivanide Luz de Oliveira Nome do Pai: Francisco Alves Barbosa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 957.575.462-04

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: TRAVESSA ITAMARATI
Bairro: JOÃO EDUARDO II
Telefone: (68) 89922-3229 (Celular)



Nome Civil: FRANCISCO CLAUDINER FERREIRA DE SOUZA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 17/06/1974

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: RUA SÃO PEDRO
Bairro: BAHIA NOVA

Nº: 255

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 957.575.462-04

Placa: NXT7673

Renavam: 01146117237

Número do Motor: G3G2E-054699

Número do Chassi: 9C6RG3140J0010702

Ano/Modelo Fabricação: 2018/2018

Cor: PRETA

UF: Véhicule: Acre





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012947/2019

Município Veículo Rio Branco

Marca/Modelo YAMAHA/YBR150 FACTOR ED

Modelo YAMAHA/YBR150 FACTOR ED

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Última Atualização Denatran 14/03/2018

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Francisco Dionato de Oliveira Barbosa

Proprietário

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 443.760.222-68

Placa QLX0158

Renavam 01170289646

Número do Motor G3C5E-086026

Número do Chassi 9C6DG2540J0008819

Ano/Modelo Fabricação 2018/2018

Cor AZUL

UF Veículo Acre

Município Veículo Rio Branco

Marca/Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER Z

Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER Z

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Última Atualização Denatran 31/10/2018

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Envolvimentos

Francisco Claudiner Ferreira de Souza

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE VITIMA VEIO A ESTA DEPOL PARA RELATAR QUE TRAFEGAVA A RUA QUANDO SINALIZOU PARA ENTRAR PARA ESQUERDA NA ROTATÓRIA FOI ATINGIDO POR OUTRA MOTOCICLETA QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO E TENTOU ULTRAPASSA NO MOMENTO EM QUE A VITIMA VAZIA A CONVERSÃO. DIANTE DOS FATOS PEDE PROVIDENCIAS.

ASSINATURAS

Ana Claudia Martins da Silva

Responsável pelo Atendimento

Francisco Dionato de Oliveira Barbosa

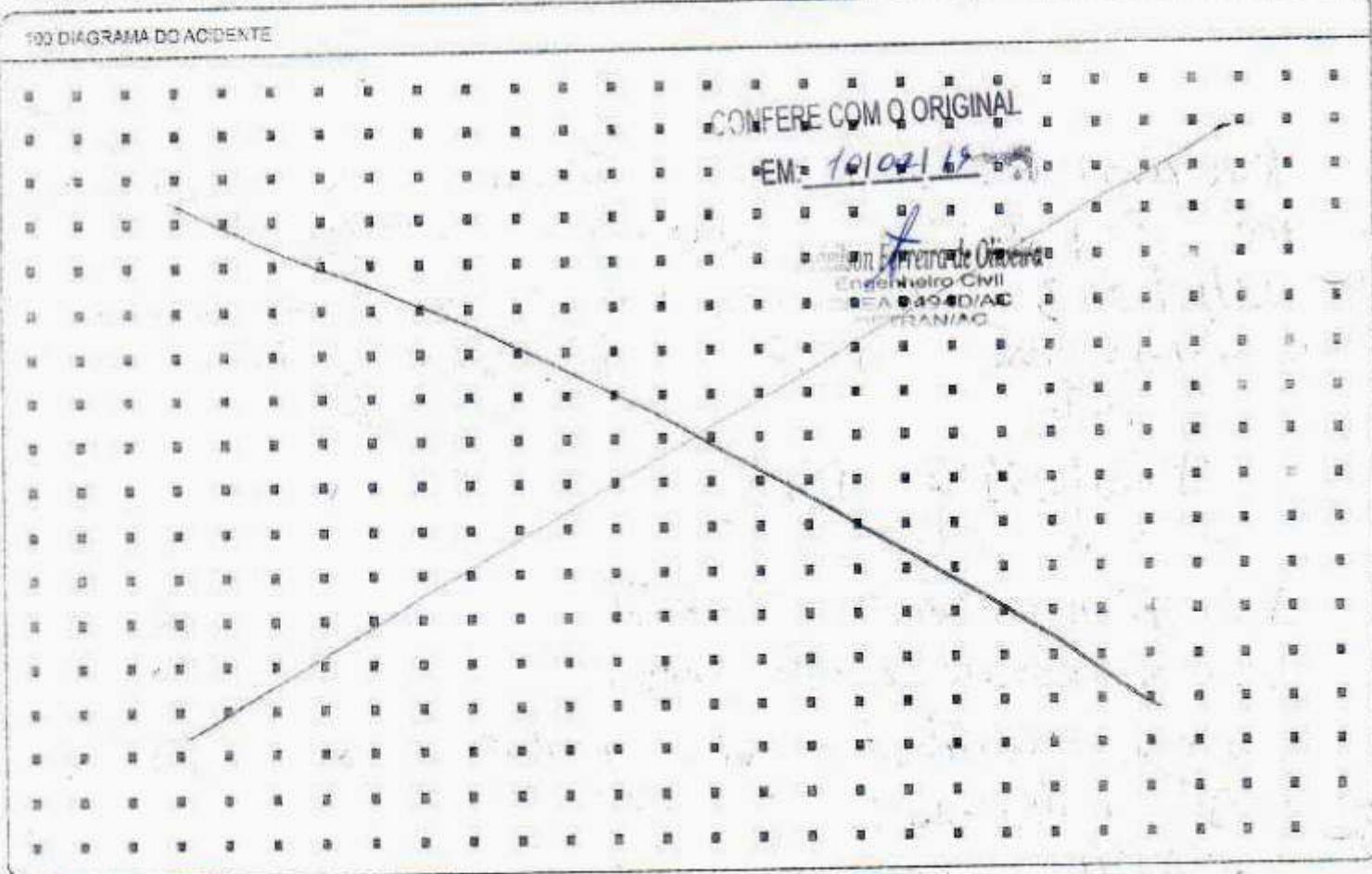
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os efeitos finais de direito que sou o(a) unico(a) responsável pelas informações acima assentadas e que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 316-Denunciação Colunista e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Karlesso Nespoli Rodrigues
Delegado(a) de Polícia

82 NOME Francisco Andrade Ferreira de Souza		83 SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	84 NASCIMENTO 11/10/1974
85 ENDERECO R. São Pedro B. Bahia n° 1355		86 FERIMENTOS LEVES GRAVES FATAIS 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVA NO VEICULO N° 1 SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
88 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5		89 CONDUZIDA PARA Pronto Socorro	90 CONDUZIDA PARA Pronto Socorro
91 NOME Francisco Dianato de Oliveira Barbosa		92 SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	93 NASCIMENTO 21/06/1975
94 ENDERECO Avenida Maratá n° 135 B Faz Edward II		95 FERIMENTOS LEVES GRAVES FATAIS 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/>	96 VIAJAVA NO VEICULO N° 2 SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
98 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5		99 CONDUZIDA PARA Pronto Socorro	

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE



101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
Que o VT ficou sob a responsabilidade do Sargento Sérgio
de Araújo Ferreira, CNH N° 05423537703 que foi informado pelo condutor aci-
m que o VT dirigia na mesma direção da que na pista da direita e que
de forma repentina houve perda de manobra de esterço para a esquerda,
tendo a colidido com o VT. Que o VT foi encaminhado ao posto de Policiamento
que não possui médico constante para fins hospitalares, pelo que
que o condutor do VT se recusou a submeter-se ao teste de alcoolemí-
etro e recusando-se a fazer a coleta de sanguíneo. Que o Sargento Sérgio
de Araújo Ferreira informou que o motorista do VT é de confiança e que a mesma
não teve informações de seu nome (DIFUSO) a mesma não portava nenhum
documento e não soube informar os seus dados pessoais, a mesma estava liberdade.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA UL UGX 0153	103 MOTORISTA UL NXT 7673	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO CB PM
105 NOME Francisco Andrade F. de Souza	106 NOME Francisco Dianato de Oliveira	107 NOME LRG 3845 PMAC
108 ASSINATURA Impossibilitado	109 ASSINATURA Impossibilitado	110 ASSINATURA Luciano
111 LOCAL Praça Branca - RJ		112 DATA 05/12/18

DETRAN
ACREBOLETIM DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

102668

NÚMERO FOLHA

Departamento Estadual de Trânsito

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

03 MUNICÍPIO

04 UF

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

06 HORA DA
OCORRÊNCIA07 ZONA
RURAL/URBANA

08 DATA

09 DIA DA SEMANA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

- ATROPELAMENTO
COLISÃO
TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM
CHOQUE COM OBJETO FIXO
OUTRA (ESPECIFICAR)

11 TIPO DE PAVIMENTO

- ASFALTO 1
CONCRETO 3
PARALELÓPEDO 5
CASCALHO 7
TERRA 9
AREIA 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

- SECA
MOLHADO 3
OLEOSA 5
ENLAMEADA 7
DANIFICADA
OBSTÁCULOS 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

- BOM 1
chuva 3
NEBLINA 5
GAROA 7

14 N.º DE VEÍCULOS

- SEM VITIMAS
 COM VITIMAS

16 NOME CONDUTOR

17 SEXO

- M 1 F 3

18 NASCIMENTO

19 ENDEREÇO

20 1ª HABILITAÇÃO

21 CATEGORIA

22 PRONTUÁRIO

23 UF

24 EX. MÉDICO EM DIA

25 USAVA CINTO

26 USAVA CAPACETE

27 MARCA

28 ESPÉCIE

29 PLACA

30 MUNICÍPIO

31 UF

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

35 COMPARECEU NO POSTO

- SIM NÃO

NÃO

36 AVARIAS

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

40 AÇÃO DO CONDUTOR

PONTOS	37 CARRO 
	38 MOTO 
1. EXAME ALCOÓLICO REALIZADO	
	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>

42 NOME CONDUTOR

43 SEXO

- M 1 F 3

44 NASCIMENTO

45 ENDEREÇO

46 1ª HABILITAÇÃO

47 CATEGORIA

48 PRONTUÁRIO

49 UF

50 EX. MÉDICO EM DIA

51 USAVA CINTO

52 USAVA CAPACETE

53 MARCA

54 ESPÉCIE

55 PLACA

56 MUNICÍPIO

57 UF

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

61 COMPARECEU NO POSTO

- SIM NÃO

NÃO

62 AVARIAS

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

66 AÇÃO DO CONDUTOR

PONTOS	63 CARRO 
	65 MOTO 
2. EXAME ALCOÓLICO REALIZADO	
	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>

68 NOME

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 10/10/19

69 SEXO

- M 1 F 3

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

72 IDENTIDADE N.º

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

76 IDENTIDADE N.º

69 SEXO

- M 1 F 3

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

80 ÓRGÃO EMISSOR

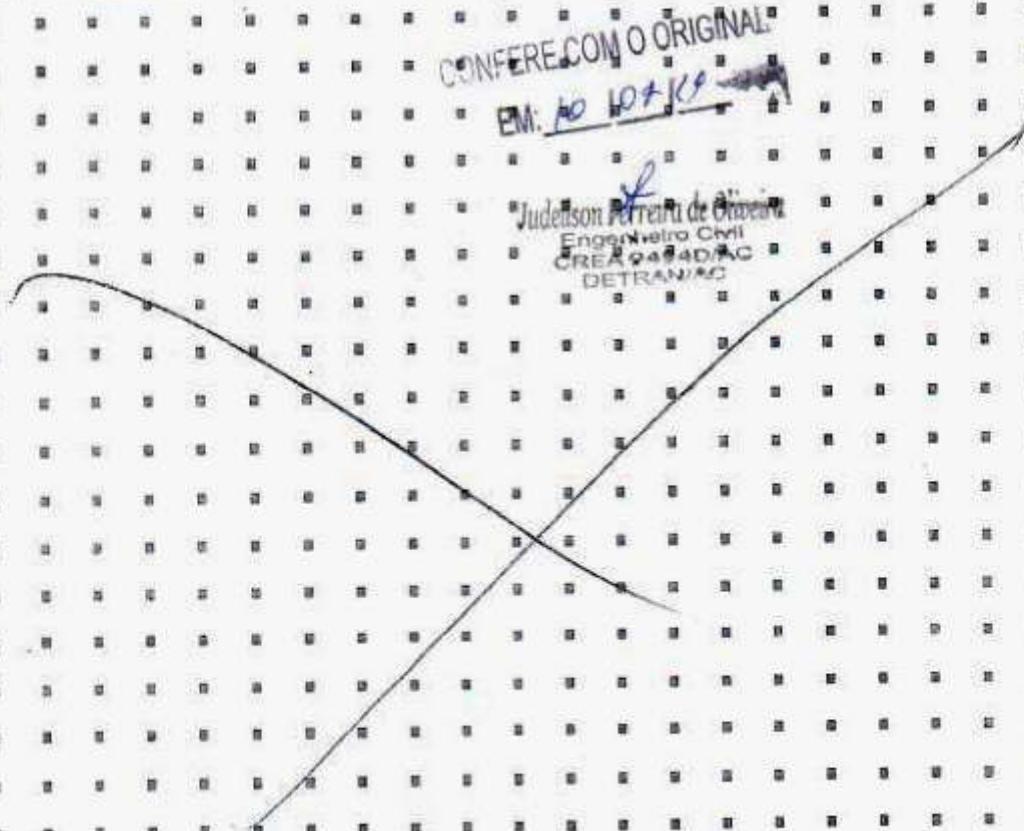
81 UF

TESTEMUNHAS N.º

Judeilson Ferreira de Oliveira
Engenheiro Civil
CREA 94940/AC
DETRAN/AC

82 NOME VITIMAS	72 Maria Nascimento de Souza	83 SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	84 NASCIMENTO 26/07/85
85 ENDERECO	00 Edifício Rock n° 255 R. São Pedro	86 FERIMENTOS LEVES GRAVES FATAIS 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/>	87 VIAJAVA NO VEICULO N° 1 SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
88 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR	1 PASSAG <input checked="" type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	89 CONDUZIDA PARA Pronto Socorro	90 CONDUZIDA PARA Pronto Socorro
91 NOME	Dulce	92 SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	93 NASCIMENTO
94 ENDERECO		95 FERIMENTOS LEVES GRAVES FATAIS 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/>	96 VIAJAVA NO VEICULO N° 1 SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR	1 PASSAG <input checked="" type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	99 CONDUZIDA PARA Pronto Socorro	

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE



101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES: Mente ambuciada e impossibilitada sobre a maca.
Que a polícia técnica se faz presente no local.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA 105 NOME 106 ASSINATURA 111 LOCAL	103 MOTORISTA 106 NOME 109 ASSINATURA	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO 107 NOME RG 110 ASSINATURA	112 DATA
VJ Gtx 0558 Mariazinha Andrade Souza Impossibilitado Rj Botafogo AR	UJ NXT 7673 Francisco Dantas de Oliveira Impossibilitado	COPM 3845 Anna C Luciane	09/12/18

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 28/01/2019 Hora emissão: 14:02 Operador:
Nº de Ocorrência 1812090063	Qtd. Vítimas: 1	DTH Início: 09/12/2018 15:53 DTH Término: 09/12/2018 17:34	Classificação de Risco: VERDE/BAIXO RISCO Tom Green - CAUSAS EXTERNAS: Motiva Green - COLISÃO MOTO X MOTO	

DADOS DA OCORRÉNCIA

Nome Solitante
End.: R ESTRADA DA FLORESTA
Bairro: **** SELECIONE ****
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: EM FRENTE A ELITE ENGENHARIA, PRÓX EQUADOR

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
Telefone da Soltante: (68) 981039171
Guia:

Origem da Ligação: DOMÍCILIO

VITIMAS

Vítima 1	Nome: FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA SABROSA Classificação:	Idade: 33 ANO(S)	Sexo: MASCULINO
--------------------	---	------------------	-----------------



...AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Avaliação: VTR NO LOCAL REFERE VITIMA ETILIZADA COM ESCORIAÇÕES EM MMS/SCROCO E ANTEBRAÇO COM PROVÁVEL FRACTURA SEM EXPOSIÇÃO, COM DEFORMIDADE E CRERTAÇÕES	Data/Hora: 09/12/2018 15:26
Vítima 1	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Avaliação: SOLICITANTE REFERE 4 VITIMAS, UM DELAS COM O BRAÇO QUEBRADO MAS SEM FRACTURA EXPOSTA E OUTRA DEITADA AO SOLO	Data/Hora: 09/12/2018 15:55
Vítima 2	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Avaliação: VTR NO LOCAL REFERE VITIMA ETILIZADA RELATA CERVICALGIA	Data/Hora: 09/12/2018 16:26
Vítima 3	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Avaliação: VTR NO LOCAL RELATA VITIMA NÃO ETILIZADA COM ESCORIAÇÕES EM MMS DIREITO E REFERIDO ALGA NA REGIÃO DO QUADRIL DIREITO	Data/Hora: 09/12/2018 16:30
Vítima 4	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Avaliação: VTR NO LOCAL RELATA VITIMA NÃO ETILIZADA COM ESCORIAÇÕES EM MMS DIREITO E DORSO DA MÃO, ESTÁVEL E DEAMBULANDO	Data/Hora: 09/12/2018 16:31

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA**DECISÃO TÉCNICA**

Vítima 1	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA	Data/Hora: 09/12/2018 17:34	Situação: F
	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Destino: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE FIBO - HUERB	Data/Hora: 09/12/2018 17:34	Situação: F
	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Interconsulta:	Data/Hora: 09/12/2018 17:34	Situação: F
	Observação:		
Vítima 1	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA	Data/Hora: 09/12/2018 16:38	Situação: C
	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Destino: UPA DA SORRAB FRANCO-SILVA	Data/Hora: 09/12/2018 16:38	Situação: C
	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Interconsulta:	Data/Hora: 09/12/2018 16:38	Situação: C
	Observação:		
Vítima 1	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Decisão: ENVIO DE VEÍCULO	Data/Hora: 09/12/2018 16:32	Situação: F
	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA	Data/Hora: 09/12/2018 16:32	Situação: F
	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Interconsulta:	Data/Hora: 09/12/2018 16:32	Situação: F
	Observação:		

CONCLUSÃO**MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO**

Seq 1	Veículo: USP 07 UPA SORRAB Dt/Hr. Saída Base: 09/12/2018 16:00 Dt/Hr. Saída Local: 09/12/2018 16:24 Dt/Hr. Saída Destino: 09/12/2018 16:38	Data/Hora Entr. Equipe: 09/12/2018 15:57
		Dt/Hr. Chegada Local: 09/12/2018 16:24
		Dt/Hr. Chegada Destino: 09/12/2018 16:38
		Dt/Hr. Chegada Base: 09/12/2018 16:38

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 28/01/2019 Hora emissão: 14:02 Operador:
Nº da Ocorrência 1812090063	Qtd. Vítimas: 1	DTH Início: 09/12/2018 15:53 DTH Término: 09/12/2018 17:34	Classificação de Risco: VERDE/BAIXO RISCO Tom Green - CAUSAS EXTERNAS: Motiva Green - COLISÃO MOTO X MOTO	

DADOS DA OCORRÉNCIA

Nome Solitante
End.: R. ESTRADA DA FLORESTA
Bairro: **** SELECIONE ****
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: EM FRENTE A ELITE ENGENHARIA, PRÓX EQUADOR

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
Telefone do Sócio/Amigo: (68) 981039171
Guerra

Origem da Ligação: DOMÍCILIO

VITIMAS

Vítima 1	Nome: FRANCISCO DIONATO DE OLIVEIRA SABROSA Classificação:	Idade: 33 ANO(S)	Sexo: MASCULINO
--------------------	---	------------------	-----------------



...AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Avaliação: VTR NO LOCAL REFERE VITIMA ETILIZADA COM ESCORIAÇÕES EM MMS/SCROCO E ANTEBRAÇO COM PROVÁVEL FRACTURA SEM EXPOSIÇÃO, COM DEFORMIDADE E CRERTAÇÕES	Data/Hora: 09/12/2018 15:26
Vítima 1	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Avaliação: SOLICITANTE REFERE 4 VITIMAS, UM DELAS COM O BRAÇO QUEBRADO MAS SEM FRACTURA EXPOSTA E OUTRA DEITADA AO SOLO	Data/Hora: 09/12/2018 15:55
Vítima 2	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Avaliação: VTR NO LOCAL REFERE VITIMA ETILIZADA RELATA CERVICALGIA	Data/Hora: 09/12/2018 16:26
Vítima 3	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Avaliação: VTR NO LOCAL RELATA VITIMA NÃO ETILIZADA COM ESCORIAÇÕES EM MMS DIREITO E REFERIDO ALGA NA REGIÃO DO QUADRIL DIREITO	Data/Hora: 09/12/2018 16:30
Vítima 4	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Avaliação: VTR NO LOCAL RELATA VITIMA NÃO ETILIZADA COM ESCORIAÇÕES EM MMS DIREITO E DORSO DA MÃO, ESTÁVEL E DEAMBULANDO	Data/Hora: 09/12/2018 16:31

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA**DECISÃO TÉCNICA**

Vítima 1	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA	Data/Hora: 09/12/2018 17:34	Situação: F
	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Destino: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE FIBO - HUERB	Data/Hora: 09/12/2018 17:34	Situação: F
	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Interconsulta:	Data/Hora: 09/12/2018 17:34	Situação: F
	Observação:		
Vítima 1	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA	Data/Hora: 09/12/2018 16:38	Situação: C
	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Destino: UPA DA SORRAB FRANCO-SILVA	Data/Hora: 09/12/2018 16:38	Situação: C
	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Interconsulta:	Data/Hora: 09/12/2018 16:38	Situação: C
	Observação:		
Vítima 1	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Decisão: ENVIO DE VEÍCULO	Data/Hora: 09/12/2018 16:32	Situação: F
	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA	Data/Hora: 09/12/2018 16:32	Situação: F
	Profissional: GIOVANNI BADY CASSEB Interconsulta:	Data/Hora: 09/12/2018 16:32	Situação: F
	Observação:		

CONCLUSÃO**MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO**

Seq 1	Veículo: USP 07 UPA SORRAB Dt/Hr. Saída Base: 09/12/2018 16:00 Dt/Hr. Saída Local: 09/12/2018 16:24 Dt/Hr. Saída Destino: 09/12/2018 16:38	Data/Hora Entr. Equipe: 09/12/2018 15:57
		Dt/Hr. Chegada Local: 09/12/2018 16:24
		Dt/Hr. Chegada Destino: 09/12/2018 16:38
		Dt/Hr. Chegada Base: 09/12/2018 16:38

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA