

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/02/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALMIR DA SILVA MENDONCA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02278

CONTA: 000000050744-0

---

Nr. da Autenticação C67DB07D06A1EC47

## 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: 02/06/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALMIR DA SILVA MENDONCA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02278

CONTA: 000000050744-0

Nr. da Autenticação 03D363AFC7B98AFA

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014933080

**Cidade:** Rio Branco

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** VALMIR DA SILVA MENDONCA

**Data do acidente:** 22/01/2014

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURAS FEMUR E PATELA ESQUERDA E TORNOZELO DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO E JOELHO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** REDUÇÃO CIRURGICA E OSTEOSINTESE DAS FRATURAS DO TORNOZELO E FEMUR ESQUERDO E PATELECTOMIA PARCIAL DO JOELHO ESQUERDO

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.  
NÃO HOUE AGRAVAMENTO DA LESÃO NO JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 28/05/2015

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** TRATA-SE DE REANÁLISE, NA ANÁLISE ANTERIOR VÍTIMA INDENIZADA EM R\$4.725,00 REFERENTE A 50% DA LESÃO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Médico examinador:** JOSE ROBERTO PINHEIRO DE OLIVEIRA

**CRM do médico:** 373/AC

**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 joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

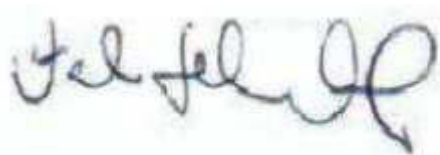
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** FABIO S SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014933080

**Cidade:** Rio Branco

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** VALMIR DA SILVA MENDONCA

**Data do acidente:** 22/01/2014

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA TRANS TROCANTERICA EM FEMUR ESQ. E FRATURA COMINUTIVA DE PATELA ESQ.

**Descrição do exame médico pericial:** DOR EM COXA ESQ., LEVE HIPOTROFIA MUSCULAR E LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO E DOR EM JOELHO ESQ., INTENSA HIPOTROFIA MUSCULAR E LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA FLEXO EXTENSÃO

**Resultados terapêuticos:** TTO CIRURGICO EM COXA ESQ. VIA OSTEOSSESINTESE E TTO CIRURGICO EM PATELA VIA EXERESE PARCIAL COM ALTA MEDICA

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 24/01/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** CLAUDIO VITOR GROSSI

**CRM do médico:** 52638005

**UF do CRM do médico:** RJ

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## PRESTADOR

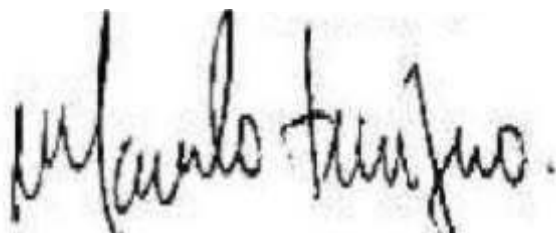
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARCELO TERRIGNO

**CRM do médico:** 52.55920-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**







Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

2014933080

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, VALMIR DA SILVA LENDRONÇA  
PORTADOR(A) DO RG Nº 03008299561 EXPEDIDO POR SSP/PA EM 25/09/2012 E  
CPF 573586302-97 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO MOTO BOY  
E RENDA MENSAL DE R\$                      ( \* ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA VALMIR DA SILVA LENDRONÇA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2278-03 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 50.744-0

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.

PO. BRAS. CO. 03 de FEVEREIRO de 2015

LOCAL E DATA

Valmir da Silva Lendronça

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



### ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A435 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 03/02/201

>> CONSULTA EFETUADA COM SUCESSO

|MOVTO. E SALDO DO DI

PAG: 001 / 00

AG: 2278 - AQUIRI

OPER: 013

CONTA:

50.744-0

NOME: VALMIR DA SILVA MENDONCA

LIMITE FLUTUANTE GIM:

DISPONIVEL.: 0,00

LIMITE CHEQUE AZUL:

SALDO TOTAL: 0,00

BLOQUEADO:

0,0

NR.DOC

HISTORICO

V A L O R

F1 AJUDA F4 SALDO DE POUPANCA

F7 VOLTA PAG. F8 AVANCA PAG.

H4B051

F3 RETORNAR F5 POSICAO INVESTIMENTOS F6 RESUMO LIMITES

F12 FINALIZ



# 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: **2014933080 - 2**  
Nome do(a) Examinado(a): **VALMIR DA SILVA MENDONCA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **TRAVESSA TRES CINCO nº 69 - CENTRO - RIO BRANCO/AC**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 852533 - SSP**  
Data local do exame: **28/05/2015 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)

#### FRATURAS FEMUR E PATELA ESQUERDA E TORNOZELO DIREITO

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.

#### REDUÇÃO CIRURGICA E OSTEOSINTESE DAS FRATURAS DO TORNOZELO E FEMUR ESQUERDO E PATELECTOMIA PARCIAL DO JOELHO ESQUERDO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

#### DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO E JOELHO 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 seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

#### TORNOZELO DIREITO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

#### JOELHO ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

☐ Total = "100% da IS"

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

Local e data de realização do exame médico legal:

**AC - RIO BRANCO, 28/05/2015**

**Médico Perito: JOSE ROBERTO PINHEIRO DE OLIVEIRA CRM: 373/AC**

  
JOSE ROBERTO P. OLIVEIRA  
CRM 373 AC

Assinatura do perito Examinador - CRM



VE

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2050505 DATA: 22/01/2014 HORA: 09:04 USUARIO: COSMA  
 CNS: 898050032525488 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : VALMIR DA SILVA MENDONCA DOC...: CNH  
 IDADE...: 39 ANOS NASC: 26/04/1974 SEXO...: MASCULINO  
 ENDereco...: TV 35 NUMERO: 29  
 COMPLEMENTO...: BAIRRO: AYRTON SENNA  
 MUNICIPIO...: RIO BRANCO UF: AC CEP...: 69900-  
 NOME PAI/MAE...: LEONIDAS DA SILVA MENDONCA /ZILDA DA SILVA MENDONCA  
 RESPONSAVEL...: O MESMO TEL...: 991392  
 PROCEDENCIA...: PREVENTORIO  
 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: [ ]

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: /

*Contusão no antebraço e joelho com  
 em nível*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

Dr. Ricardo Barros  
 Médico CRM-751 AC  
 Especialista em Traumatologia

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICINA

*Dipirona 2g (6) 1600h  
 Diclofenaco 100mg*

*11:55*

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: 92

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 [ ] ANAT.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



Wooa Amelin

Atto. p/ Análise FVCS que  
Unidade do SIIUS apresenta pontuação  
Fratura fêmur (E) + Patela (E) +  
tornozelo (D) lai de mto, com  
seguintes as fraturas, Refere  
Impossibilidade de atividades laborais

CEP - M 22-4  
- 582.0  
- 502.0  
- 793.

DATA 21/08/14

Carimbo  
ASSINATURA

Dr. Sandro R. Vasconcelos  
Médico Ortopedista Traumatologia

30 ABR 2014

HOSPITAL  
DAS CLÍNICAS

## RECEITUÁRIO MÉDICO

Wesley Amelw

Atto. p/ Análise EIVS que  
 Unbunvi do silos pessoais portados  
 Futuro fumaça (E) + Protetor (E) +  
 torcedor (D) loi de mui, com  
 Soguitos das Fraturas, Refere

CEN - m 17.4

- 582.0

- 582.0

- 783.

DATA 28/09/14



RECEBIDO 29 OUT 2014



MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2050505 DATA: 22/01/2014 HORA: 09:04 USUARIO: COSMA  
 CNS: 898050032525488 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : VALMIR DA SILVA MENDONCA DOC.... CNH  
 IDADE..... 39 ANOS NASC: 26/04/1974 SEXO... MASCULINO  
 ENDEREÇO..... TV 35 NUMERO: 29  
 COMPLEMENTO..... BAIRRO: AYRTON SENNA  
 MUNICIPIO..... RIO BRANCO UF: AC CEP.... 69900-  
 NOME PAI/MAE... LEONIDAS DA SILVA MENDONCA /ZILDA DA SILVA MENDONCA  
 RESPONSÁVEL... O MESMO TEL.... 99:392  
 PROCEDENCIA... PREVENTORIO  
 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: /

*Contusão no antebraço e joelho com  
 em fase de evolução e fratura recente  
 no fêmur*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

042 JAN 2015

DIAGNOSTICO:

Medico CRM-75140  
 Especialidade: Traumatologia

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICINA

*Diplopia da R.O. Aguda*  
*Diplopia da R.D.*

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: 11:55  
 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 [ ] ANAT.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



RECEITUÁRIO MÉDICO

Wooow Amélia

Aty to. p/ todos Eves que  
União de silos pessoais portados  
Futuro futuro (E) + pat. los (E) +  
tormentos (D) lai de mo, com  
Seguintes de Futuro, Refere  
Impossibilidades Atividades longas

W. - m 22.4

- SPT.0

- S02.0

- T83.

DATA 21/08/14



012 JAN 2015

30 ABR 2014



Centro Especializado em Reabilitação

Dr. Sandro Roberto Vasconcelos  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-AC 832

CER

## RECEITUÁRIO MÉDICO

Longo membro

Atento para os dados que valores  
de força muscular presentes: Sequela  
Fratura femur E, Patela (E),  
tornozelo (D), Evoluída Atrofia  
peroneo (E) e tornozelo (D), Atrofia  
muscular MM II (E), com déficit  
mobilidade joelho (E) e tornozelo (D),  
movimentado Afastamento Adução do  
Lombos e fêmur.

Data 24, 04, 15

60 - 87.0 + 79.3  
582.8 + 117.9 + 572.0  
582.0Dr. Sandro Roberto Vasconcelos  
Ortopedista - CRM AC 832

RUA GUIMARDES SANTOS Nº 310 - BOSQUE - TEL.: (68) 3224-6152 FAX: 08-3224-6042 - CEP: 69.803-379 - RIO BRANCO - AC

27 ABR 2015



## DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

\*1004037



VALIDA EM TODOS OS DEPARTAMENTOS DE IDENTIFICACAO

577345069

NOME  
VALMIR DA SILVA MENDONÇA

DOC. IDENTIFICACAO / ORIG. EMISSOR / UF  
852533RD SSP RO

CPF  
573.586.302-97

DATA NASCIMENTO  
26/04/1974

FUNCAO  
LEONILDA DA SILVA  
MENDONÇA  
XILDA DA SILVA  
MENDONÇA

PERMISSAO  
ACR

CAT. HAB.  
AD

Nº REGISTRO  
04009399561

VALIDADE  
24/09/2017

1ª HABILITACAO  
28/08/2003

OBSERVAÇÕES

*Valmíria da Silva Mendonça*

LOCAL  
RIO BRANCO - ACRE

DATA EMISSAO  
25/09/2012

577348669

AC403968330

DO 30 ABR 2014

DUT

\*1004032\*



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC Nº 010537603902  
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD RENAVAM 00922042527 B.U.T.C. EXERCÍCIO 2013

NOME SILVANIA DA SILVA MENDONÇA

CPF / CNPJ 616.557.242-15 PLACA MZX6956

PLACA ANT. / UF MZX6956 / AC Nº CHASSI 9C2MC35007R050072

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA NAO-APICV COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CBX 250 TWISTER ANO FAB. 2007 ANO MOD. 2007

CAP. POT. / CIL 002P/0249CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

IP	FAIXA / PVA	PARCELAMENTO / COTAS	VENC. COTA UNICA *****	VENC. COTAS 1° *****
V				2° *****
A				3° *****

PRELIM. TARIF. ANO (R\$) R\$1.11 IOF (R\$) R\$292.01 DATA DE PAGAMENTO 28/06/2013

OBSERVAÇÕES BEN. TRIBUTARIO SEM RESERVA DE DOMINIO

LOCAL RIO BRANCO-AC DATA 02/07/2013

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

AC Nº 010537603902 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2013

CPF / CNPJ 616.557.242-15 PLACA MZX6956

BILHETE DE SEGURO DPVAT

AC Nº 010537603902 EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 02/07/20

VIA 01 CPF / CNPJ 616.557.242-15 PLACA MZX6956

RENAVAM 00922042527 MARCA / MODELO HONDA/CBX 250 TWISTER

ANO FAB. 2007 DATA 9C2MC35007R050072

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREM. (R\$) R\$129.04	DETRAN (R\$) R\$14.34	CUSTO DO SEGURO 1 R\$143.38
CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15	IOF (R\$) R\$1.11	TOTAL DO SEGURO 1 R\$292.01

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE COTAÇÃO 28/06/2013

Seguradora Líder dos Consórcio do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

REC. D. DU 30 ABR 2013



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, VALMIR DA SILVA MENDONÇA  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 03009299561 EXPEDIDO POR SSP/AC EM 25/09/2012  
 CPF 5171315863012-9 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO \_\_\_\_\_  
 E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA VALMIR DA SILVA MENDONÇA 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.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



\*1004039

⚠ Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)  
 BANCO \_\_\_\_\_ AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
 BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
 BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
 BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
 BANCO 104 • AGÊNCIA 2278-013 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 45-632-2

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

LOCAL RIO BRANCO/AC DATA 15/04/2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Valmir S. Mendonça



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG AQUIRI

DATA: 25/04/2014

HORA: 13:04:56

TERMINAL: 22781022

CONTROLE: 227810220263

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA:

2278.013.00045032-2

NOME:

VALMIR DA SILVA MENDONÇA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

3.000,00

NÚMERO DO ENVELOPE:

0557029821

NÚMERO DE CONTROLE:

115285635

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

30 ABR 2014



ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA  
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DA 1ª REGIONAL - 1ª DPCR  
Endereço: EPAMINONDAS JACOME CADEIA VELHA - 69900-115, Fone:  
(68)3223-2857 \ (68)3223-2703.

OCORRÊNCIA Nº: 5079/2014 - Registrado em 18 de Abril de 2014 às 0:37h

**FATO COMUNICADO**

Data/Hora do Fato: 22/01/2014 às 07:30hs, Quarta-Feira

ACIDENTE DE TRANSITO ABALROAMENTO

**LOCAL**

Município: Rio Branco  
Logradouro: TIAONATUREZA  
Bairro: PALHEIRAL  
Referência: prox. ao posto de saúde.

Estado: AC  
Nº: CEP:  
Tp de Local: VIA URBANA

**ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VITIMA**

VALMIR DA SILVA MENDONÇA (39), do sexo masculino, Brasileira, Amasiado, exercendo a profissão de NAO INFORMADO, RG Nº: 218616/SSPAC, CPF: 573.586.302-97, nascido em 26/04/1974, natural de Sena Madureira - AC, PAI: LEONIDAS DA SILVA MENDONÇA e MÃE: ZILDA DA SILVA MENDONÇA, Endereço: TRES CINCO, 69 - Bairro: AYRTON SENNA - Rio Branco - AC.

**ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)****HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA**

O comunicante relata que estava conduzindo seu veículo moto modelo cbx de placa mzx 6956, quando uma desconhecida que conduzia um outro veículo moto modelo biz de cor vermelha a qual não se recorda a placa, colidiu de frente com a vítima causando lesões no quadril, tornozelo e joelho. A vítima relata que foi socorrida pelo samu e não se recorda de mais informações do acidente.

ADRIANO DE MORAIS ARAUJO  
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

LENA PAULA CRUZ ARAUJO  
ATENDENTE

*Valmir da Silva Mendonça*  
VALMIR DA SILVA MENDONÇA  
COMUNICANTE

30 ABR 2014