

# 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: 15/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ROSIVALDO ARAUJO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000081597-2

---

Nr. da Autenticação AB5DF24256424377

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190183923 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSIVALDO ARAUJO DA SILVA **Data do acidente:** 25/11/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA NO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). P.1  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @ SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190183923

**Cidade:** Rio Branco

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ROSIVALDO ARAUJO DA SILVA

**Data do acidente:** 25/11/2018

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de tornozelo direito (Maleolo medial).

**Descrição do exame físico:** MID: cicatriz cirurgica de 10 cm na face medial do tornozelo, aumento de volume do tornozelo, hipotrofia da panturrilha, limitação para a dorsiflexao do tornozelo a 20 graus e na flexao plantar a 50 graus, e redução da força muscular do membro.

### Resultados terapêuticos:

Tratamento: cirurgico para redução e fixação com dois parafusos e fisioterapia.  
Alta: Março de 2019

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 04/04/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

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



Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

## HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: \_\_\_\_\_

História da Doença Atual: Wtun de Ardeito de

Façaun -

História da Doença Anterior: \_\_\_\_\_

Exame Físico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Provisório: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo: Ardeito de Façaun

Motivo da Cobrança: 39 1

- 11-ALTA CURA
- 12-ALTA MELHORADA
- 13-ALTA INALTERADA
- 14-ALTA PEDIDO
- 15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
- 16-ALTA ADMINISTRATIVA
- 17-ALTA POR INDISCIPLINA
- 18-ALTA POR EVASÃO
- 19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISILOGIA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
- 37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
- 38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
- 39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
- 41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
- 42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC.

- 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
- 52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
- 53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
- 54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAM. DO RECÉM-NASCIDO
- 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
- 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 A 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 A 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
- 66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 HS A 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS A 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM NASCIDO

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO  
=====

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 94008  
Numero do CNS.....: ~~0000000000000000~~ 708205612038745  
Nome.....: ROSIVALDO ARAUJO DA SILVA  
Documento.....: CNH Tipo :  
Data de Nascimento: 13/09/1975 Idade: 43 anos  
Sexo.....: MASCULINO  
Responsavel.....: N/DECLARADO  
Nome da Mae.....: SEBASTIANA ARAUJO DA SILVA  
Endereco.....: LOTEAMENTO LUIZ ISRAEL DE LIMA RUA 124 VEIO DE SAMU  
Bairro.....: CALAFATE Cep.: 00000-000  
Telefone.....:  
Município.....: 1200401 - - AC  
Nacionalidade.....: BRASILEIRO  
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2598563  
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"  
Leito.....: 999.0066  
Data da Internacao: 25/11/2018  
Hora da Internacao: 19:00  
Medico Solicitante: 509.036.162-20 - JOSE LUIZ SILVERIO CABANILLAS  
Proced. Solicitado: 04.08.05.049-7  
Diagnostico.....: S82.6  
Identif. Operador.: DE PAULA

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:  
Dt.Hr Saida:  
Especialidade:  
Tipo de Saida:  
CID Principal:  
CID Secundario:  
Principal:  
Secundario:  
Outro: 269940681

SAME / URG  
CÓPIA  
CONFIDENCIAL





Novo Acre  
Caminho para a vida, para o progresso.

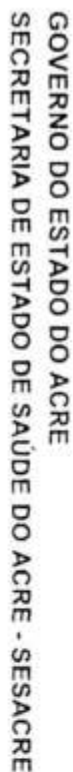
Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade:

ANEXO I

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
HUEB					
Identificação do Paciente				8 - N° DO PRONTUÁRIO	
6 - NOME DO PACIENTE				34008	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				9 - DATA DE NASCIMENTO	
				13/11/75	
10 - SEXO				11 - RAÇA/COR	
Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 Feminino <input type="checkbox"/> 3					
12 - NOME DA MÃE				13 - TELEFONE DE CONTATO	
Sobrinha Anaísa da Silva				N° DO TELEFONE	
14 - NOME DO RESPONSÁVEL				15 - TELEFONE DE CONTATO	
Mário Inácio				N° DO TELEFONE	
16 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
Ladeira Luiz Teófilo de Lima				18 - UF	
Rio Branco				19 - CEP	
				Acre 76000-000	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
Vítima de acidente de trânsito.					
Cinturão e capacete obrigatórios não utilizados de forma correta.					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
TRAUMATISMO				Rox. fratura de tornozelo (membro inferior)	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL				24 - CID 10 PRINCIPAL	
Fratura de tornozelo (D)				25 - CID 10 SECUNDÁRIO	
				26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO				27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
1 - 10 - Cirurgia + internação					
28 - CLÍNICA				29 - CARACTER DA INTERNAÇÃO	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				31 - DOCUMENTO	
Dr. Silveira				32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
33 - DATA DA SOLICITAÇÃO				34 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
09/11/18					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)				35 - SÉRIE	
36 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO				37 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
38 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				39 - CNPJ DA SEGURADORA	
				40 - CNPJ DA EMPRESA	
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				42 - CNPJ DA EMPRESA	
1 - EMPREGADO 2 - EMPREGADOR 3 - AUTÔNOMO 4 - DESEMPREGADO 5 - APOSENTADO 6 - NÃO SEGURO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO				46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
1 - CNS 2 - CPF					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
11/11					





PACIENTE

ROSIVALDO ARAUJO DA SILVA

IDADE

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

**HUEB**  
Hueb and Co. 1000  
Hueb and Co. 1000  
Hueb and Co. 1000

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
D/D/T: 25/1/18 FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIREITO. CD. INTERNAÇÃO PACIENTE REFERE DOR LEVE EM TORNOZELO DIREITO SOLICITO PRECIRURGICOS VISITADOR: ANTONIO ISSE	1. DIETA VO LIVRE <b>SND</b> 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS <b>500 500</b> 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H <b>JO 16 22 CI</b> 4. TRAMMAL 100MG + 100ML SFD 9% EV 8/8H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA <b>CI</b> 7. CUIDADOS GERAIS <b>X</b> 8. SINAIS VITAIS <b>X</b> 9. CURATIVO DIARIO <b>X</b>	 <b>07 MAR 2019</b> <b>CNPJ: 17.479.052/0004</b>	<p>Paciente em observação de rotina. Não há sinais de infecção local ou sistêmica. Dor leve controlada com analgésicos. Evolução satisfatória.</p>





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

original e impresso em: 21/11/2019 às 09:09:33



HUEB  
Hospital de Urgência de Emergência

REGISTRO PACIENTE

ROSIVALDO ARAUJO DA SILVA

IDADE 43

CLÍNICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO M06

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

D/DT: 25/11/18

FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIREITO.

CD: INTERNACAO

PACIENTE REFERE DOR LEVE EM TORNOMELO DIREITO

CIRURGIA AGENDADA COM DR. ANTONIO ISSE NO HC MATERIAL: CAIXA BASICA 3,5 PACIENTE TRANSFERIDO PARA FUNDACAO

VISITADOR: DR. ISSASSE

1. DIETA VO LIVRE

2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS

3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H SN

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN

6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

7. CUIDADOS GERAIS

8. SINAIS VITAIS

9. CURATIVO DIARIO

ALTA, PACIENTE TRANSFERIDO PARA FUNDACAO HOSPITALAR

10/08/2019  
Dr. Carlos Henrique  
Assessor de Saúde  
Assessor de Saúde

Investprev  
Seguros e Previdência S/A

07 MAR 2019

17.479.956/0004-19

As seg. de Saúde  
transfere para  
o HC de Cordeiro  
Sócio-fundador me dá

Enoque Feijó de Souza  
Enfermeiro  
COREMAC 550.971



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

A CLÍNICA:

Ortopedia

LEITO Nº

406

A CLÍNICA:

Cardiologia

CIENTE:

Rosivaldo Araújo da Silva

OTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Paciente de 43 anos com queixa  
de formigão bilateral  
nas pernas

NOME DO SOLICITANTE:

Rosivaldo Araújo da Silva  
CPF: 000.000.000-00

DATA

26/11/18

HORA:

RELATÓRIO DA CONSULTA:

Paciente de 43 anos em avaliação pré-operatória  
(ortopedia) sem queixas cardiológicas

CRISTIANE

ECG Normal

Goldman I



NOME DO MÉDICO:

DATA 26/11/18

HORA:

20:30



## Prontuário de Ambulatório

Nome: Rosivaldo Araujo Silva Nº Registro: 17.7271  
Data de Nascimento: 13/09/1975 Sexo: M Estado Civil: S  
Endereço: Av. Ceará N 4300  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Nome e Endereço do Responsável: \_\_\_\_\_

DATA	ANOTAÇÕES
29/04/18	Colic. (no 023) Anexo
12/12/18	Imbituba joelho
43 anos	
DT: 25/11/18	# Fratura de Moleto Metatarsal (P)
DC: 27/11/18	CD: Otorrinitis
	FO xia
	Exatente: com sinais de consolidação
	CD: Retorno em 30 de com Exatente

Imbituba  
Segunda-Feira 30 de  
07 MAR 2019

Dr. J. J. J. J. J.  
CRM: 1170

CONFERE COM ORIGINAL

CONFERE COM ORIGINAL  
 Heloísa Amorós da Silveira Távora 07/01/19  
 Gerente do SAME



ASH - 0078046129

ROSALEDO ARAUJO DA SILVA  
181784 0 -  
DOB 12-Sep-1975 Age 43 y

CTDMP ROSALEDO ARAUJO DA SILVA  
181784 0  
DOB 12-Sep-1975 Age 43 y

AP/D

P/D



Paciente: Lando

Atento para o devido fim que o Sr.  
ROSIVALDO ANTONIO DA SILVA, Sobra anidub  
de fratura no dia 25/11/18 apresen-  
tando fratura de tornozelo direito  
(malolo medial / mudo submuito)  
a tratamento cirurgico com  
2 parafusos no malolo medial.  
Evolui com cicatriz cirurgica do  
loco em face medial do tornozelo  
direito, aumento de volume de tornozelo  
①, hipertrofia da pantufilha, limita-  
ção de flexão e extensão do tornozelo  
① e redução da força muscular  
do membro.

pantufila e pontos de seguimento  
deprimidos no M1-A (50%)

DATA: 22 / 03 / 19

CARIMBO  
ASSINATURA

José L. Silverio  
Médico Ortopedista  
CRM 483-AC



# ATO DECLARATÓRIO

/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

O. DO BE: 2598563 DATA: 25/11/2018 HORA: 18:45 USUARIO: NEIDE RAMOS  
NS: SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: ROSIVALDO ARAUJO DA SILVA DOC...: CNH  
IDADE.....: 43 ANOS NASC: 13/09/1975 SEXO...: MASCULINO  
ENDERECO.....: LOTEAMENTO LUIZ ISRAEL DE LIMA RUA N.I. NUMERO: 124  
COMPLEMENTO...: VEIO DE SAMU BAIRRO: CALAFATE  
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP...:  
NOME PAI/MAE...: N/DECLARADO /SEBASTIANA ARAUJO DA SILVA  
RESPONSAVEL...: IRMA ANA MARIA TEL...: 99215368  
LOCALIDADE...: SOBRAL  
TENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO  
RISCO POLICIAL.: SIM PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM  
CID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

SINOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

VITIM de acidente de trânsito  
COM TRAUMA TORACICO

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

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

DIAGNOSTICO: FURTO DE TORAX (M. 14.01.19)

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

TALA Gesso  
INTENSO

José E. Silverio C.  
Médico Ortopedista  
CRM 483-AC

Intervenção  
Registada e Prescrita SIA  
07 MAR 2019

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :  
LTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
PERMANECER NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
BITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
 ROSIVALDO ARAÚJO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF  
 0311584 SSP AC

CPF  
 611.491.602-68

DATA NASCIMENTO  
 13/09/1975

PLACAO  
 SERASTIANA ARAÚJO DA SILVA

PERMISSÃO  
 A

ACC  
 A

CAT. HAB.  
 A

N.º REGISTRO  
 05324349365

VALIDADE  
 08/05/2020

HABILITAÇÃO  
 11/10/2011

OBSERVAÇÕES

*Rosivaldo Araújo da Silva*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
 RIO BRANCO - ACRE

DATA EMISSÃO  
 12/05/2015

04087434156  
 AC406175373

DETRAN - AC (ACRE)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1022569626

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1022569626

Investprev  
 Seguros e Previdência S/A  
 07 MAR 2019  
 CNPJ: 17.479.056/0004-16



ev  
idência S/A  
AR 2019  
7.479.056/0004-16



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190183923

Vítima: ROSIVALDO ARAUJO DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018

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





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 4ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003533/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/01/2019 09:48 Data/Hora Fim: 31/01/2019 10:06  
Origem: Polícia Judiciária Data: 31/01/2019  
Delegado de Polícia: Fabrizio Leonard da Silva Sobreira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 4ª Regional  
Data/Hora do Fato: 25/11/2018 18:40

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC) ✓  
Logradouro: RUA R.A CRUZAMENTO COM A MANOEL CASTILHO

Bairro: Conjunto Castelo

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)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO DE OLIVEIRA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Nome Civil: ROSIVALDO ARAUJO DA SILVA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AC - Rio Branco

Sexo: Masculino

Nasc: 13/09/1975

Estado Civil: Sem Informação

Nome da Mãe: Sebastiana Araujo Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 0311584

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 611.491.602-58

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: são joão

Bairro: calafate

Telefone: (68) 99912-2549 (Celular) (68) 99912-2746 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 611.491.602-68

Renavam 01139221628

Número do Chassi 9C2JC6900JR305592

Cor VERMELHA

Município Veículo Rio Branco

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa QLZ0990

Número do Motor JC69E0J305244

Ano/Modelo Fabricação 2018/2017

UF Veículo Acre

Marca/Modelo HONDA/CG 125I FAN





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 4ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003533/2019


Modelo HONDA/CG 125I FAN	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 26/12/2017	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Rosivaldo Araujo da Silva	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO


O comunicante veio a esta regional noticiar que estava trafegando no local citado quando o outro condutor adentrou a preferência e veio a colidir com o comunicante; Que o comunicante teve algumas lesões conforme o laudo do PS e outros documentos.

ASSINATURAS

  
Rômulo da Silva Nolasco  
Responsável pelo Atendimento

  
Rosivaldo Araujo da Silva  
(Vítima)

\*Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) (assinou) responsável pelas informações acima apresentadas, ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que deu origem conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime contra a Administração do Código Penal Brasileiro.

  
Fabrizio Leonard da S. Sobreira  
Delegado de Polícia Civil  
Mat. 9325298-1



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 4ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003533/2019

Modelo HONDA/CG 125I FAN	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 26/12/2017	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Rosivaldo Araujo da Silva	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante veio a esta regional noticiar que estava trafegando no local citado quando o outro condutor adentrou a preferência e veio a colidir com o comunicante. Que o comunicante teve algumas lesões conforme o laudo do PS e outros documentos.

ASSINATURAS

Rômulo da Silva Nolasco  
Responsável pelo Atendimento

Rosivaldo Araujo da Silva  
(Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (ela) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e tento 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 ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Fabrizio Leonard da S. Sobreira  
Delegado de Polícia Civil  
Mat. 9325298-1

