



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
ACRE
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro:	Rio Branco
Processo:	07095760820198010001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	12/03/2020 14:45:11

Partes

Solicitante:	Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A
--------------	--

Documentos

Petição:	2701666_CONTESTACAO_P ROTOCOLADA_01 - 1-13.pdf
Anexo - Petição:	2701666_CONTESTACAO_P ROTOCOLADA_Anexo_02 - 1-16.pdf
Anexo - Petição:	2701666_CONTESTACAO_P ROTOCOLADA_Anexo_02 - 17-25.pdf
Anexo - Petição:	2701666_CONTESTACAO_P ROTOCOLADA_Anexo_02 - 26-43.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 1-9.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 10-18.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 19-20.pdf

Nota: Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC

Processo: 07095760820198010001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **SERGIO SOUZA GOMES**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **16/02/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **18/03/2019**.

Constata-se, pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro.

Com base no próprio laudo pericial acostado, verifica-se que a pagamento realizado na esfera administrativa encontra-se acordo com percentual indenizável para as lesões suportadas.

Utilizando-se adequação legal do estipulado na avaliação médica juntada pelo autor, verifica-se que o percentual indenizável é de: **50% (grau moderado) de JOELHO ESQUERDO**, de acordo com a tabela anexa da Lei 11.945/09.

Assim, a aludida lesão corresponde exatamente ao valor pago administrativamente de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), portanto, não havendo de se falar em qualquer complementação.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

No caso trazido à baila, conforme se extrai da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.

Conforme verifica-se nas telas abaixo, o autor encontrava-se em total inadimplência na época do acidente, não fazendo jus ao recebimento pelo seguro DPVAT:

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

ACESSIBILIDADE

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas
- Documentos Invalidez Permanente
- Documentos Morte
- Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

- Como Pagar
- Consulta a Pagamentos Efetuados

Sua busca por placa: MZT4527 UF: AC CATEGORIA: 09*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
[-]	2019	R\$84,58	Quitado	
Data Pagamento		Valor Pago		
31/07/2019		R\$84,58		
[+]	2018	R\$185,50	Quitado	
[+]	2017	R\$185,50	Quitado	
[+]	2016	R\$292,01	Quitado	
[+]	2015	R\$292,01	Quitado	
[+]	2014	R\$292,01	Quitado	
[+]	2013	R\$292,01	Quitado	
[+]	2012	R\$279,27	Quitado	
[+]	2011	R\$279,27	Quitado	
[+]	2010	R\$88,96	Quitado	

(*) Motocicleta

O vencimento para pagamento do seguro se deu 31/05/2019, sendo que o autor somente realizou o pagamento muito após o sinistro:

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Recorrer Perguntas Frequentes Chat Portal da Integridade Ouvidoria Canal de Denúncias Blog

A COMPANHIA SEGURO DPVAT PONTOS DE ATENDIMENTO CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT

Calendário de pagamento

ACESSIBILIDADE

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas
- Documentos Invalidez Permanente
- Documentos Morte

Selecione as opções abaixo para acessar o calendário de pagamento do Seguro DPVAT:

Exercício UF Final da Placa Categoria(Saiba mais) Pagamento

2019 AC 7 9 À vista Consultar

Categoria: 9

Final da Placa	Vencimento			
	IPVA (COTA ÚNICA)	Com Desconto?	DPVAT	Licenciamento
7	31/05/2019	NÃO	31/05/2019	31/05/2019

AC: TABELA DE VENCIMENTO DO IPVA E DO SEGURO DPVAT DE 2019

Contudo, é cristalino que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão da mora do pagamento do Seguro DPVAT. Assim, não há em que se cogitar cobertura securitária para o caso concreto, conforme Resolução 332/2015, em seu art. 17, §2º.

Como qualquer outro seguro, o DPVAT é um contrato aleatório, onde a seguradora, mediante uma contraprestação pecuniária, assume a responsabilidade de indenizar o segurado na hipótese de ocorrido o sinistro.

Por certo, o inadimplemento por parte dos proprietários de veículos, gera um desequilíbrio no provisionamento, ao passo que a seguradora não recebeu o pagamento que lhe era devido. Assim, a ausência de quitação do prêmio, inviabiliza a manutenção regular do contrato, ensejando um aumento nos valores do prêmio, a fim de harmonizar o balanço atuarial da seguradora, onerando os demais proprietários.

Ademais, se deve frisar o caráter social do Seguro DPVAT, evidenciado pela destinação do prêmio pago pelos proprietários de veículos automotores. Digno de destaque, que o valor pago a título de prêmio é rateado de forma que 45% dos valores arrecadados são direcionados ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para custeio de tratamento de vítimas de acidente na rede pública, no Sistema Único de Saúde-SUS e 5% são destinados aos programas educativos que buscam prevenir a ocorrência de novos acidentes, através do DENATRAN.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Conforme antedito, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Assim, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça buscou, tão somente, resguardar o direito de terceiros quando não realizado o pagamento do prêmio pelo causador do sinistro.

Portanto, feita a devida análise nos precedentes da súmula 257, STJ, quais sejam: REsp 200838/GO; REsp 67763/RJ; e REsp 144583/SP, temos que a mesma trata de situações jurídicas distintas, quando confrontado ao teor Resolução 273/2012 do CNSP, conforme quadro comparativo que segue:

RESOLUÇÃO 273 /2012 DO CNSP	SÚMULA 257, STJ
Exclui da cobertura a vítima, quando esta for proprietária do veículo causador do acidente, estando este inadimplente.	Garante o recebimento do seguro a TERCEIROS vítimas de sinistro causado por proprietário de veículo inadimplente.

Consigne-se, por oportuno, que a interpretação que deve ser dada à Súmula 257, STJ, corroborando com a exegese do art.7º, §1º da Lei 6.194/74^x, garante à seguradora consorciada o direito de regresso em face do proprietário inadimplente em caso de eventuais valores que se desembolsem com as vítimas de sinistros quando o evento for causado por proprietários inadimplentes.


Ora, se o §1º do art. 7º da Lei 6.194/74 prevê o direito de regresso em face do proprietário inadimplente, e houvesse condenação da Seguradora em indenizar o referido proprietário, a parte autora figuraria tanto como credora, como devedora dos valores indenizatórios. Deste modo, forçoso aplicar o instituto da compensação e a consequente extinção das obrigações, de acordo com o Art. 368 do Código Civil.

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, conforme laudo abaixo:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190319862	Cidade: Rio Branco	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: SERGIO SOUZA GOMES	Data do acidente: 16/02/2019	Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS		
PARECER				
Diagnóstico: FRATURA DA ESPINHA TIBIAL JOELHO ESQUERDO				
Descrição do exame físico: APRESENTA LIMITAÇÃO NA FLEXÃO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO E REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO. AUMENTO DE VOLUME DO JOELHO ESQUERDO, HIPOTROFIA DO QUADRICEPS ESQUERDO				
Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR (IMOBILIZAÇÃO COM GESSO) ALTA MÉDICA				
Sequelae permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM JOELHO ESQUERDO				
Sequelae: Com sequela				
Data do exame físico: 23/05/2019				
Conduta mantida:				
Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS E DA PERÍCIA REALIZADA OPTADO POR MANTER PARCIALMENTE A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE O EXAME MÉDICO PERICIAL DESCREVE SEQUELA EM JOELHO ESQUERDO				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
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 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a parte ser submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, realizou-se o referido pagamento.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme se depreende dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **16/02/2019**.

Ademais, em sede administrativa a vítima foi submetida a avaliação médica realizada por dois profissionais especializados, sendo um na figura de revisor, e, após detida avaliação **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)** de acordo com o grau das lesões apresentadas à época do referido exame.

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: 03/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SERGIO SOUZA GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03320

CONTA: 000000044937-7

Nr. da Autenticação A5182575232F315B

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais.

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ².

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta, que é exatamente o caso dos autos, conforme faz prova o documento à fl., apresentado pelo autor.

² **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Segmento Corporal Acometido: joelho esquerdo..

☐ Total (Dano anômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

b)[X] Parcial (Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em que se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1) ☐ Parcial Completo (Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

b.2) [X] Parcial Incompleto (Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico

1ª LESÃO: Fratura da espinha tibial esquerda.

R:

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☒ 50% Média ☐ 75% Intensa ☐ 100% Total

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na presente hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

1) Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda;

Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais	Valor da Indenização
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	das Perdas	
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	25	R\$ 3.375,00

2) Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Repercussão	Valor da Indenização
50% (grau moderado)	R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)

Assim, corroborado pela documentação apresentada nos autos, em especial laudo de fls. 32, há de ser considerado o pagamento realizado na esfera administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)** na qual foi graduada mesma lesão e gradação, ensejando assim na quitação administrativa.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação³.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁴

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

³“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁴**art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono DIEGO PAULI, inscrito sob o nº 4550/AC, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 4 de março de 2020.

DIEGO PAULI
4550 - OAB/AC

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **DIEGO PAULI**, inscrito na OAB/AC sob o nº 4550, bem como, **LEILANE CLÉA CAMPOS DO NASCIMENTO ERICSON** inscrita sob nº 4139/AC, **CINTIA VIANA CALAZANS SALIM** inscrita sob nº 3554/AC, **GIOVAL LUIZ DE FARIAS JÚNIOR**, inscrito sob o nº OAB/AC 4608 e **MAYRA KELLY NAVARRO VILLASANTE** inscrita sob nº 3996/AC, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **SERGIO SOUZA GOMES**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO**, nos autos do Processo nº 07095760820198010001.

Rio de Janeiro, 4 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AC 3988

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

CARTA DE PREPOSTO

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresa seguradora com sede à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, nomeia e constitui como PREPOSTOS(as) **Rafael Silva Nunes**, inscrita CPF sob nº 980.785.722-49, **Dauana de Freitas**, inscrita no CPF sob nº 555.216.222-65, **Thiago Maia Viana**, inscrito no CPF sob nº 015.840.422-41, **Gioval Luiz de Farias Júnior**, inscrito no CPF sob nº 947.976.092-49, **Tainan da Silva Mendes**, inscrita no CPF sob nº 017.895.762-37 e **Evandro Damaceno Stolaric**, inscrito no CPF sob nº 713.190.342-68, podendo os mesmos responderem nesta qualidade a todos os termos do Processo n. **07095760820198010001**, que tramita **4ª** VARA CÍVEL da comarca de **RIO BRANCO/AC**.

Rio de Janeiro, 4 de março de 2020.



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat S.A.

Correios

1-DIGO

1-0

CONTA MES: 19/02/2019 162 168,42

ELIANA NASCIMENTO DE SOUZA
R 25 DE MARÇO 214 PLACIDO DE CASTRO
CPF: 00043536948200
CEP: 69.912-208 - RIO BRANCO ROT: 10.001.10.02.002.000

CONSUMO	CONSUMO ANTERIOR	CONSUMO ANTERIOR	CONSUMO ANTERIOR
1883	1727	1,000	162
162	162	FCAM	162

Forma de Pagamento: NORMAL Código de Impedimento: 27

RESIDENCIAL MONO NCM17115568 1.1.1.1 119

DATA	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR
JAN/19	180	CONSUMO 162 A R\$ 0.81/173 =	132,38
DEZ/18	161	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CO-IP)	5,55
NOV/18	231	COBRANCA DIF ENERGIA 2497ANEEL	19,58
OCT/18	215	COBRANCA DIF ICMS R2497ANEEL C	0,18
SET/18	199	COBRANCA DIF PIS R2497ANEEL	0,12
AGO/18	221	COBRANCA DIF COFINS R2497ANEEL	0,15
JUL/18	183	CORRECAO MONETARIA IG 12/11-00	0,10
JUN/18	183	MULTA POR ATRASO 12/18-00	2,16
MAI/18	175	JUROS DE MORA DE INPO 12/11-00	1,10
ABR/18	170		

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
01/2019 134,96

FATURA COM COBRANCA DIFERENCA DA TARIFA-RESOLUCAO ANEEL 2497/8 C
ONFORME DECISAO JUDICIAL NO PROCESSO 100141-57.2018.4.01.3000

RESERVA ADICIONAL 8968.27A7.0595.87CC.5E78.A1C5.160A.3ABC

CONSUMO DA CONTA	CONSUMO DA CONTA
Consumo 37,58	Consumo 132,38
Consumo 14,66	Consumo 25,00%
Consumo 1,17	Consumo 33,09
Consumo 15,88	Consumo 0,00
Consumo 33,09	Consumo 0,00

CONSUMO DA CONTA	CONSUMO DA CONTA
Consumo 11,72	Consumo 23,44
Consumo 0,00	Consumo 46,89
Consumo 5,54	Consumo 11,09
Consumo 22,18	Consumo 6,05
Consumo 0,00	Consumo 0,00

TAQUARI 12/2018 52 10

COMPREV DE LICENCIA SIA
10 ABR 2019
PROTOCOLO

R\$ 45,85
VENCIMENTO
12/12/2018

EMIÇÃO: 19/11/2018
POSTAGEM: 28/11/2018
FATURA: 3590525512

AURICELIO SILVA DE ASIS
13 DE JUNHO, 73
BAHIA NOVA
69911-683 - RIO BRANCO - AC

CLIENTE: 1.67104913

CPF/CNPJ: 95961003272

ACESSO: 68 98102-5086

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000167104913018

IMPORTANTE PARA AURICELIO

RESUMO DA SUA CONTA DE 19/OUT A 18/NOV

Serviços TIM S.A.	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/> TIM Controle A Plus	R\$ 44,99
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 0,86

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
TIM Controle A Plus: 68981025086 (083/PÓS/SMP)	-	-	1	-	-	44,99
TIM Backup 5GB	-	-	1	-	-	Incluído
TIM Banca Virtual	-	-	1	-	-	Incluído
Total de Mensalidades						44,99

OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS

Todas as créditos ou débitos lançados em sua fatura

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
JUROS: (VENC 12/10/18, PAGO EM 07/11/18)	-	-	1	-	-	0,26
MULTAS: (VENC 12/10/18, PAGO EM 07/11/18)	-	-	1	-	-	0,60
Total de Outros Créditos e Débitos						0,86

COMPREV - PREVIDÊNCIA S/A

1 de ABR 2019

PROTOCOLO

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, na App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUJSE	R\$ 0,22
ICMS	27%	R\$ 30,19	R\$ 7,55	FUNTEL	R\$ 6,15
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,55%				
PIS/COFINS - Serviços Híbridos Telecom	4,65%				
PIS/COFINS - Serviços Híbridos Telecom	9,25%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012, as contribuições do PIS (1%) e FUNTEL (0,5%) não são apassadas em caixa.

Informações Complementares - Planos e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Inclusão (não é taxa)

Planos	R\$ 30,19
SVA	R\$ 14,80
Desconto (frequência)	R\$ 0,00
Desconto SVA	R\$ 0,00



Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático e ganhe um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse o Meu TIM ou ligue para o central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE
AURICELIO SILVA DE ASIS

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
00000000167104913018	NOV/2018	19/11/2018	12/12/2018	R\$ 45,85

VIA BANCO

84610000000-5 45850109011-2 06359052551-9 2012176772-2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



R\$ 45,85
VENCIMENTO
12/12/2018

EMIÇÃO: 19/11/2018
POSTAGEM: 28/11/2018
FATURA: 3590525512

AURICELIO SILVA DE ASIS
13 DE JUNHO, 73
BAHIA NOVA
69911-683 - RIO BRANCO - AC

CLIENTE: 1.67104913

CPF/CNPJ: 95961003272

ACESSO: 68 98102-5086

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000167104913018

IMPORTANTE PARA AURICELIO

RESUMO DA SUA CONTA DE 19/OUT A 18/NOV

Serviços TIM S.A.	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/> TIM Controle A Plus	R\$ 44,99
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 0,86

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
TIM Controle A Plus: 68981025086 (083/PÓS/SMP)	-	-	1	-	-	44,99
TIM Backup 5GB	-	-	1	-	-	Incluído
TIM Banca Virtual	-	-	1	-	-	Incluído
Total de Mensalidades						44,99

OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS

Todas as créditos ou débitos lançados em sua fatura

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
JUROS: (VENC 12/10/18, PAGO EM 07/11/18)	-	-	1	-	-	0,26
MULTAS: (VENC 12/10/18, PAGO EM 07/11/18)	-	-	1	-	-	0,60
Total de Outros Créditos e Débitos						0,86

COMPREV - PREVIDÊNCIA S/A

1 de ABR 2019

PROTOCOLO

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, na App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUJSE	R\$ 0,22
ICMS	20%	R\$ 30,19	R\$ 7,55	FUNTEL	R\$ 6,11
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,51%				
PIS/COFINS - Serviços Híbridos Telecom	4,65%				
PIS/COFINS - Serviços Híbridos Telecom	9,21%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012, as contribuições do PIS (1%) e do FUNTEL (0,5%) não são apassadas em caixa.

Informações Complementares - Planos e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Inclusão no plano

Planos	R\$ 30,19
SVA	R\$ 14,80
Descontos Frequência	R\$ 0,00
Descontos SVA	R\$ 0,00



Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático e ganhe um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse o Meu TIM ou ligue para o central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE
AURICELIO SILVA DE ASIS

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000000167104913018

MÊS DE REFERÊNCIA
NOV/2018

DATA DE EMISSÃO
19/11/2018

DATA DE VENCIMENTO
12/12/2018

VALOR
R\$ 45,85

VIA BANCO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DÓCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu Auxílio Silva de Assis

inscrito (a) no CPF/CNPJ 959.610.032-72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Sergio Souza Gomes

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.215.752-11

do sinistro de DPVAT cobertura Instalidez da Vitima Sergio Souza Gomes

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.215.752-11, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua 13 de Junho</u>	Número: <u>73</u>	Complemento: <u>Lara</u>
Bairro: <u>Bahia Nova</u>	Cidade: <u>Rio Branco</u>	Estado: <u>Acre</u>
E-mail: _____	CEP: <u>69.911-683</u>	Tel. (DDD): <u>168198102-5086</u>

Local e Data: Rio Branco - Acre, 01 de Maio de 2019

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DÓCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu Auxílio Silva de Assis

inscrito (a) no CPF/CNPJ 959.610.032-72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Sergio Souza Gomes

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.215.752-11

do sinistro de DPVAT cobertura Instalidez da Vitima Sergio Souza Gomes

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.215.752-11, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua 13 de Junho</u>	Número: <u>73</u>	Complemento: <u>Lara</u>
Bairro: <u>Bahia Nova</u>	Cidade: <u>Rio Branco</u>	Estado: <u>Acre</u>
E-mail: _____	CEP: <u>69.911-683</u>	Tel.(DDD): <u>168198102-5086</u>

Local e Data: Rio Branco - Acre, 01 de Junho de 2019

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2619410 DATA: 16/02/2019 HORA: 16:54 USUARIO: NEIDE RAMOS
CNS: SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SERGIO SOUZA GOMES DOC.: CNH
IDADE: 27 ANOS NASC: 17/04/1991 SEXO: MASCULINO
ENDEREÇO: RUA ADALBERTO SENA NUMERO: 112
COMPLEMENTO: BAIRRO: PLACIDO DE CASTRO
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP: 69900-000
NOME PAI/MAE: LUIZ FERREIRA GOMES /ELIANA NASCIMENTO SOUZA
RESPONSÁVEL: ESPOSA GESSICA TEL.: 9921-9885
PROCEDENCIA: MUNICIPIO PLACIDO DE CASTRO
ATENDIMENTO: QUEDA DO MESMO NIVEL
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA[X mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[]
EXAM.COMPL.[] RAO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

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

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

DIAGNOSTICO: *Lesão no joelho* CID: *PROTECCO*
PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] ELASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR:)
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Sobrado TC joelho

SAME / HUERB
CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

ALERGIAS MED:

Não

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER

() CLÍNICO
() ODONTO
() PED

CLASSIFICAÇÃO

Amado

NOME DO PACIENTE				IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL	2202 em fôlego esquerdo			COMORBIDADES:	Não
FLUXOGRAMA	Problemas em extremidades				
DISCRIMINADOR	2202 moderada				
PARÂMETROS	PA: 135 x 74 mmHg	Temp.: °C	Sat. O2: 99 %	Peso:	
	ESCALA DE DOR 110 18.9 117 15.6 111.4 110			Pulso: 86 bpm	
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	HORÁRIO DA CR: 17-13h			DESISTÊNCIA	
	Tempo máximo: 3 minutos			EVASÃO	
RECLASSIFICAÇÃO				Assinatura:	

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As: _____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

- ☐ Medicação Via Oral - VO, com _____ ml de água potável.
- ☐ Medicação Intramuscular - IM, local: _____
- ☐ Medicação Endovenosa - EV, puncionado em () MSE () MSD, local: _____ com () Jeico nº: _____ () Scap nº: _____
- ☐ Medicação sublingual;
- ☐ Medicação subcutânea, local: _____
- ☐ NBZ: _____

-Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Ontoprelina 20 polietileno vitreos de entorse ou fôlego no 1 do lado esquerdo.

Rx: Fx Caputo 1000 51 1000

2Rx: Fx Caputo 1000 51 1000

CD: Quetolet 1000

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2619410 DATA: 16/02/2019 HORA: 16:54 USUARIO: NEIDE RAMOS
CNS: SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SERGIO SOUZA GOMES DOC...: CNH
IDADE...: 27 ANOS NASC: 17/04/1991 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO...: RUA ADALBERTO SENA NUMERO: 112
COMPLEMENTO...: BAIRRO: PLACIDO DE CASTRO
MUNICIPIO...: RIO BRANCO UF: AC CEP...: 69900-000
NOME PAI/MAE...: LUIZ FERREIRA GOMES /ELIANA NASCIMENTO SOUZA
RESPONSAVEL...: ESPOSA GESSICA TEL...: 9921-9885
PROCEDENCIA...: MUNICIPIO PLACIDO DE CASTRO
ATENDIMENTO...: QUEDA DO MESMO NIVEL
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _/_/_

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

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

DIAGNOSTICO:

CID: PROTOCOLO

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] REASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ALERGIAS MED:

Não

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER

() CLÍNICO
() ODONTO
() PED

CLASSIFICAÇÃO

Cinco

NOME DO PACIENTE

QUEIXA
PRINCIPAL

200 em folhas esquerda

IDADE

COMORBIDADES:

Não

FLUXOGRAMA

Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

200 moderada

PARÂMETROS

PA: 105 x 74 mmHg

Temp: °C

Sat. O2: 99 %

Peso:

Pulso: 86 bpm

ESCALA
DE
DOR



110 18-9 117 115-6 111-4 110

Glicemia: mg/dL

Glasgow: Alterado ()

Não alterado ()

CLASSIFICADOR
(carimbo e assinatura)

HORÁRIO DA CR: 17-13h
Tempo máximo: 3 minutos

DESISTÊNCIA

EVASÃO

Assinatura:

HORÁRIO:

RECLASSIFICAÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As: horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

- ☐ Medicação Via Oral - VO, com ml de água polavel;
- ☐ Medicação Intramuscular - IM, local:
- ☐ Medicação Endovenosa - EV, puncionado em () MSE () MSD, local: com () Jeico nº: () Scalp nº:
- ☐ Medicação sublingual;
- ☐ Medicação subcutânea, local:
- ☐ NBZ:

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As: SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Ortopedia polímero vitreo de entorse no joelho no 3 de 10
len da entorse.

Rx: Fr. Capitulo tibial SI PE-UP

20x: Fr. Capitulo tibial SI PE-UP


CD: Quilose nutricao

Paciente: LEONO

Atenta para o diagnóstico de fratura
SERRA SERRA GOMES SA fratura de tíbia e
de fêmur no dia 16/02/2019
apresentando fratura de espinha
tíbia e fêmur Esquerdo sendo
submetido a tratamento conser-
vador.

evolu com aumento de volume
do joelho, hipotrofia do quadril
(L), limitação na flexão e extensão
do joelho (L) e redução da força
muscular do membro.
portanto é portador de sequelas
definitivas no MIE

DATA: 10/05/19

CARIMBO
ASSINATURA

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO

Nome
 ADRICELIO SILVA DE ASSIS

DOC. IDENTIFIC. / OUT. IDENTIFIC.
 10538199 SSP AC

CIT
 959.610.632-72

DATA DE NASCIMENTO
 07/12/1988

FUNÇÃO
 MANOEL CORDEIRO DE ASSIS
 NATE EVARISTO DA SILVA

PERMISSÃO
 CONDUTORA

ACC
 CONDUTOR

CE. NR.
 45

Nº IDENTIFIC.
 08373913840

VALIDADE
 26/11/2019

PERMISSÃO
 08/08/2002

Observações

LOCAL
 RIO BRANCO - AC

DATA EMISSÃO
 27/11/2014

Assinatura
 [Assinatura]

Assinatura Legal de S. P. Carvalho
 Diretor Geral
 Detran / AC

96208041282
AC68862845

DETAN AC (ACR)

VALIDADE EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
968620804

PROBIS PLASTIFICAR
968620804

COMPREV PREVIDENCIA S/A
 19/02/2019
 PROTOCOLO
 19-00000000

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 SERGIO BOUZA GOMES

DOC. IDENTIFIC. / ONE (BRASIL / UF)
 10866125 RSP AC

CPF
 009.315.752-11

DATA NASCIMENTO
 17/04/1991

PLACAO
 LGS FERRIRA GOMES

ELIANA NASCIMENTO DE
 BOUZA

N.º IDENTIFIC. 1022626660
 VALOR 10/05/2010
 P.º IDENTIFIC. 23/10/2009

SÉRGIO BOUZA GOMES

LOCAL
 RIO BRANCO - ACRE

DATA EMISSÃO 11/04/2015

DETRAN AC/ACRE

01214107926
 AC666245509

PROJETO PLASTIFICADA
 1022626660

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 10 ABR 2019
 PROTOCOLO
 000.000.000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 ADRIHELIO SILVA DE ASSIS

DOC. IDENTIFIC. / OUT. IDENTIFIC.
 10538199 SSP AC

CIT
 959.610.632-72

DATA DE NASCIMENTO
 07/12/1988

FUNÇÃO
 MANOEL CORDEIRO DE ASSIS
 NATE EVARISTO DA SILVA

PERMISSÃO
 CONDUTORA

ACC
 CONDUTOR

CE. NR.
 45

Nº IDENTIFIC.
 08373913840

VALIDADE
 26/11/2019

PERMISSÃO
 08/08/2002

COMISSÃO

LOCAL
 RIO BRANCO - AC

DATA EMISSÃO
 27/11/2014

Assinatura
 [Assinatura]
 Rosângela Leite de Sá P. Carvalho
 Diretora Geral
 Detran / AC

96208041282
AC68862845

DETAN AC (ACR)

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
968620804

PROBIS PLASTIFICAR
968620804

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 19/02/2019
 PROTOCOLO
 19-00000000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC
 Nº 014397525389
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA
 01 00251933270
 2018

SERGIO SOUZA GOMES
 AC

009.215.752-11
 MZT4527

9C2JC4110AR707639
 GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS
 2010

2P/0124CC/
 PRETA

1 *PAB0*
 2 *PAB0*
 3 *PAB0*

R\$0.7 R\$185.5
 17/07/2018

AL.FID. BANCO BRADESCO FINANC S A * BEN.
 TRIBUTARIO *

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PELOUS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

AC Nº 014397525389
 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
 WWW.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

01 009.215.752-11
 18/07/2018

00251933270
 HONDA/CG 125 FAN KS

9C2JC4110AR707639
 MZT4527

R\$81.29
 R\$9.03
 R\$90.33

R\$4.15
 R\$0.7
 R\$185.5

17/07/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 08.282.403/0001-04

COMPREV INTERSINDICATO S/A
 10 ABR 2019
 PROTOCOLO

3º TABELIONATO DE NOTAS E 3º REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DE
 RIO BRANCO - AC

AUTENTICAÇÃO

Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado. O referido é
 verdade e dou fé. Se: AUTENTICAÇÃO - Cód. Verificação: 4681.7 ASA
 Rio Branco - AC, 20 de março de 2019.

ANDERSON DA SILVA OLIVEIRA - Escrevente Autorizada



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC
 Nº 014397525389
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA
 01 00251933270
 2018
 SERGIO SOUZA GOMES

009.215.752-11
 MZT4527
 9C2JC4110AR707639

PAS/MOTOCICLO/NAO APLICA
 HONDA/CG 125 FAN KS
 2P/0124CC/
 PARTICU
 PRETA

1 *PAB0*
 2 **PAGU COTA UNICA **
 3 *****
 R\$0.7
 R\$185.5
 17/07/2018

AL.FID. BANCO BRADESCO FINANC S A * BEN.
 TRIBUTARIO *

RIO BRANCO
 18/07/2018

AC Nº 014397525389

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
 WWW.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

01 009.215.752-11
 2018 18/07/2018

00251933270
 HONDA/CG 125 FAN KS
 9C2JC4110AR707639

PRÊMIO TARIFÁRIO
 R\$81.29
 R\$9.03
 R\$0.7
 R\$185.5

17/07/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.403/0001-04

COMPREV INCIDÊNCIA S/A
 10 ABR 2019
 PROTOCOLO

3º TABELIONATO DE NOTAS E 3º REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DE
 RIO BRANCO - AC

AUTENTICAÇÃO

Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado. O referido é
 verdadeiro e dou fé, selo Autenticado - AUTENTICAÇÃO - Cod. Verificação: 4681.7 ASA
 Rio Branco - AC, 20 de março de 2019.

ANDERSON DA SILVA OLIVEIRA - Escrevente Autorizada



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0124176/19

Vítima: SERGIO SOUZA GOMES

CPF: 009.215.752-11

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 16/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SERGIO SOUZA GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

AURICELIO SILVA DE ASSIS : 959.610.032-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

SERGIO SOUZA GOMES : 009.215.752-11

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/04/2019
Nome: AURICELIO SILVA DE ASSIS
CPF: 959.610.032-72

AURICELIO SILVA DE ASSIS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/04/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0159272/19

Vítima: SERGIO SOUZA GOMES

CPF: 009.215.752-11

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 16/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SERGIO SOUZA GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

AURICELIO SILVA DE ASSIS : 959.610.032-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

SERGIO SOUZA GOMES : 009.215.752-11

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/05/2019
Nome: AURICELIO SILVA DE ASSIS
CPF: 959.610.032-72

AURICELIO SILVA DE ASSIS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/05/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190319862 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SERGIO SOUZA GOMES **Data do acidente:** 16/02/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA ESPINHA TIBIAL JOELHO ESQUERDO

Descrição do exame físico: APRESENTA LIMITAÇÃO NA FLEXÃO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO E REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO. AUMENTO DE VOLUME DO JOELHO ESQUERDO, HIPOTROFIA DO QUADRICEPS ESQUERDO

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR (IMOBILIZAÇÃO COM GESSO)
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/05/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS E DA PERICIA REALIZADA OPTADO POR MANTER PARCIALMENTE A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE O EXAME MÉDICO PERICIAL DESCREVE SEQUELA EM JOELHO ESQUERDO

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 %	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: 3190319862 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SERGIO SOUZA GOMES **Data do acidente:** 16/02/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA ESPINHA TIBIAL JOELHO ESQUERDO

Descrição do exame físico: APRESENTA LIMITAÇÃO NA FLEXÃO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO E REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO. AUMENTO DE VOLUME DO JOELHO ESQUERDO, HIPOTROFIA DO QUADRICEPS ESQUERDO

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR (IMOBILIZAÇÃO COM GESSO)
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/05/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS E DA PERICIA REALIZADA OPTADO POR MANTER PARCIALMENTE A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE O EXAME MÉDICO PERICIAL DESCREVE SEQUELA EM JOELHO ESQUERDO

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 %	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: 3190319862 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SERGIO SOUZA GOMES **Data do acidente:** 16/02/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E 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 TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190319862 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SERGIO SOUZA GOMES **Data do acidente:** 16/02/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E 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 TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75


PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Sergio Souza Gomes, brasileiro(a),
estado civil: Casado, profissão: Pedreiro, portador(a) do
RG: 10886125, SSP/ AC, e inscrito no CPF: 009.215.752-11,
residente na Rua 25 de Março, N° 24,
CEP: 69.912-208, Bairro: Plano de Cetro,
município de: Rio Branco, Estado: AC

OUTORGADO: Auricilio Silva de Aze, brasileiro(a),
estado civil: solteiro, profissão: Consultor, portador(a) do
RG: 10528199, SSP/ AC, e inscrito no CPF: 959.610.032-72,
residente na Rua 13 de Junho, N° 73,
CEP: 69.911-633, Bairro: Bahia Nova,
município de: Rio Branco, Estado: AC

Por este instrumento particular, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a) para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do consorcio de SEGURO DPVAT, o pagamento do sinistro na cobertura de Invalidez Permanente, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr. (a) Sergio Souza Gomes, ocorrido em 16/10/2013, conforme registrado boletim de ocorrência em anexo.

Podendo para tanto o outorgado representar o outorgante como se o próprio fosse, podendo requerer quaisquer documento que forem necessários, a praticar todos os demais atos para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Rio Branco - AC, 20 de Março de 2019
 Sergio Souza Gomes
Outorgante

CPF: 009.215.752-11



OBS: Reconhecer firma por autenticidade, ou por verdadeiro em cartório.


PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Sergio Souza Gomes, brasileiro(a),
estado civil: Casado, profissão: Pedreiro, portador(a) do
RG: 10886125, SSP/ AC, e inscrito no CPF: 009.215.752-11,
residente na Rua 25 de Março, N° 24,
CEP: 69.912-208, Bairro: Plano de Cetro,
município de: Rio Branco, Estado: AC

OUTORGADO: Auricilio Silva de Aze, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, profissão: Consultor, portador(a) do
RG: 10528199, SSP/ AC, e inscrito no CPF: 959.610.032-72,
residente na Rua 13 de Junho, N° 73,
CEP: 69.911-633, Bairro: Bahia Nova,
município de: Rio Branco, Estado: AC

Por este instrumento particular, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a) para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do consorcio de SEGURO DPVAT, o pagamento do sinistro na cobertura de Invalidez Permanente, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr. (a) Sergio Souza Gomes, ocorrido em 16/10/2013, conforme registrado boletim de ocorrência em anexo.

Podendo para tanto o outorgado representar o outorgante como se o próprio fosse, podendo requerer quaisquer documento que forem necessários, a praticar todos os demais atos para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Rio Branco - AC, 20 de Março de 2019
 Sergio Souza Gomes
Outorgante

CPF: 009.215.752-11



OBS: Reconhecer firma por autenticidade, ou por verdadeiro em cartório.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0124176/19

Vítima: SERGIO SOUZA GOMES

CPF: 009.215.752-11

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 16/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SERGIO SOUZA GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

AURICELIO SILVA DE ASSIS : 959.610.032-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

SERGIO SOUZA GOMES : 009.215.752-11

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/04/2019
Nome: AURICELIO SILVA DE ASSIS
CPF: 959.610.032-72

AURICELIO SILVA DE ASSIS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/04/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0159272/19

Vítima: SERGIO SOUZA GOMES

CPF: 009.215.752-11

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 16/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SERGIO SOUZA GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

AURICELIO SILVA DE ASSIS : 959.610.032-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

SERGIO SOUZA GOMES : 009.215.752-11

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/05/2019
Nome: AURICELIO SILVA DE ASSIS
CPF: 959.610.032-72

AURICELIO SILVA DE ASSIS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/05/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190319862

Nome do(a) Examinado(a): SERGIO SOUZA GOMES

Endereço do(a) Examinado(a): RUA 25 DE MARÇO, 214 - RIO BRANCO/AC
- CEP 69912-208

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 10886125

Data e Local do Acidente : 16/02/2019

Data e Local do Exame : 23/05/2019 AVENIDA CEARÁ, 1436 - RIO
BRANCO/AC - CEP 69.900-33

Resultado da Avaliação Médica

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no
acidente relatado e comprovado.**

HD FRATURA DA ESPINHA TIBIAL JOELHO ESQUERDO

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da
alta.**

SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR (IMOVILIZAÇÃO COM
GESSO)

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao
diagnóstico relatado.**

EVOLUI COM AUMENTO DE VOLUMEN DO JOELHO
ESQUERDO,HIPERTROFIA DO QUADRICEPS ESQUERDO.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais
permanentes) resultantes do acidente:**

APRESENTA LIMITAÇÃO NA FLEXÃO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO
E REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO.É PELO TANTO
PORTADOR DE SEQUELA DEFINITVA NO M.I.E.

**VII. Segundo 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 (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal

M.I.E

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dra. Beisabeth Sanchez Perez
CRM-AC 2140

BEISABETH SANCHES PEREZ CRM : 2140 / UF :AC

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190319862

Vítima: SERGIO SOUZA GOMES

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AURICELIO SILVA DE ASSIS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SERGIO SOUZA GOMES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

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, 20 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190319862

Vítima: SERGIO SOUZA GOMES

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AURICELIO SILVA DE ASSIS

Assunto: INTERRUÇÃO 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



Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190319862

Vítima: SERGIO SOUZA GOMES

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AURICELIO SILVA DE ASSIS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SERGIO SOUZA GOMES

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 joelho 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: **SERGIO SOUZA GOMES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003320**

Conta: **0000044937-7**

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, retorne 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 ASL: _____ CPF da vítima: 009.215.752-J1 Nome completo da vítima: Sergio Souza Gomes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Sergio Souza Gomes CPF: 009.215.752-J1

Profissão: pedreiro Endereço: Rua 25 de Março Número: 214 Complemento: lote

Bairro: Plácido de Castro Cidade: Rio Branco Estado: AC CEP: 69.912-208

E-mail: _____ Tel (DDD): (68) 99939-1948

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

REDA MENSAL:

- ☐ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
- ☐ SEM RENDA ☒ 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 CONTA

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3320 CONTA: 44937 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

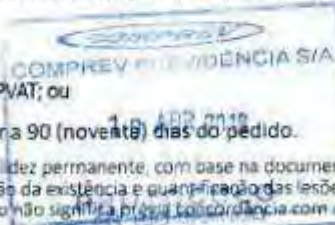
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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 - AC, 21 de Março de 2019.

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Sergio Souza Gomes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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 ASL: _____ CPF da vítima: 009.215.752-J1 Nome completo da vítima: Sergio Souza Gomes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Sergio Souza Gomes CPF: 009.215.752-J1

Profissão: pedreiro Endereço: Rua 25 de Março Número: 214 Complemento: lata

Bairro: Plácido de Castro Cidade: Rio Branco Estado: AC CEP: 69.912-208

E-mail: _____ Tel. (DDD): (68) 99939-1948

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

REDA MENSAL:

- ☐ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
- ☐ SEM RENDA ☒ 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 CONTA

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3320 CONTA: 44937 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

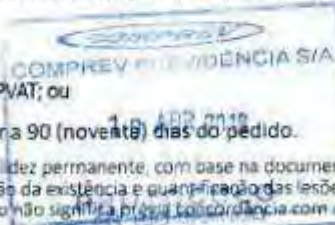
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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 - AC, 21 de Março de 2019.

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | 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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO E SEGURANÇA PÚBLICA - SESP
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL - SEPC
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA 3ª REGIONAL - 3ª DPCR
Endereço: RUA RIO GRANDE DO SUL, S/Nº, AEROPORTO VELHO - 69903-420
Fone: 3225-6220 E-Mail: DRPC3.SEP@GMAIL.COM

OFF-LINE

OCORRÊNCIA OFF-LINE N.º 0834/2019 - 3ª DPCR

Registrado em 18 de março de 2019

FATO COMUNICADO

- Acidente de Trânsito provocado pela própria vítima

Data/Hora do Fato: 16/02/2019, às 14:00h (aprox.)

Delegado de Polícia: Karlesso Nespoli.

LOCAL

Município: Rio Branco/AC
Logradouro: Rod. AC-090, Km 72, Ramal
Jarinal.
Bairro: Rural
Referência: x x x x

Nº: x x x x

Tipo de Local: Via Pública

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE / VÍTIMA

- **SÉRGIO SOUZA GOMES** (27), brasileiro, casado, pedreiro, nascido(a) na cidade de Rio Branco/AC. RG: 10886125 – SSP/AC, CPF: 009.215.752-11. Filiação: Luz Ferreira Gomes e Eliana Nascimento de Souza. End.: Rua Adalberto Sena, nº 214 – Bairro Plácido de Castro, Rio Branco/AC. Contato: (68) 99939-1948.

OBJETO:

VEÍCULO. HONDA/CG 125 FAN KS, Ano/Mod: 2010/2010. Placa: MZT-4527. Cor: Preta
Nome: Sérgio Souza Gomes (CPF: 009.215.752-11).
Obs.: Veículo conduzido pelo noticiante.



HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O noticiante veio comunicar que estava de posse de sua moto de placa MZT-4527 e ao sair da colônia onde estava colidido com um carro que ia passando na via. Que o carro deu uma "pancada" tanto na sua moto como na sua perna esquerda, sendo atendido no HUERB, conforme consta N.º do BE: 2619410. Que o condutor do veículo deu assistência ao noticiante.

Mediante o fato comunicado, solicita-se medida cabível.

Tõni Cristian Carvalho de Oliveira
Agente Comissário de Polícia Civil

Sérgio Souza Gomes
Comunicante/Vítima

Karlesso Nespoli Rodrigues
Delegado de Polícia Civil

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 ASL: _____ CPF da vítima: 009.215.752-J1 Nome completo da vítima: Sergio Souza Gomes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Sergio Souza Gomes CPF: 009.215.752-J1

Profissão: pedreiro Endereço: Rua 25 de Março Número: 214 Complemento: lata

Bairro: Plácido de Castro Cidade: Rio Branco Estado: AC CEP: 69.912-208

E-mail: _____ Tel (DDD): (68) 99939-1948

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

REDA MENSAL:

- ☐ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
- ☐ SEM RENDA ☒ 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 CONTA

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3320 CONTA: 44937 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

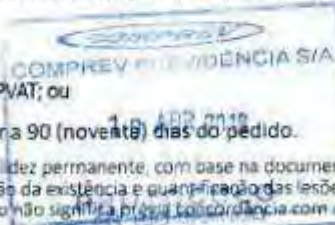
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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 - AC, 21 de Março de 2019.

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Sergio Souza Gomes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª 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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2619410 DATA: 16/02/2019 HORA: 16:54 USUARIO: NEIDE RAMOS
CNS: SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SERGIO SOUZA GOMES DOC.: CNH
IDADE: 27 ANOS NASC: 17/04/1991 SEXO: MASCULINO
ENDEREÇO: RUA ADALBERTO SENA NUMERO: 112
COMPLEMENTO: BAIRRO: PLACIDO DE CASTRO
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP: 69900-000
NOME PAI/MAE: LUIZ FERREIRA GOMES /ELIANA NASCIMENTO SOUZA
RESPONSÁVEL: ESPOSA GESSICA TEL: 9921-9885
PROCEDENCIA: MUNICIPIO PLACIDO DE CASTRO
ATENDIMENTO: QUEDA DO MESMO NIVEL
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

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

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

DIAGNOSTICO:

CID: PROTOCOLO

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] ELASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR:)

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ALERGIAS MED:

Não

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER

() CLÍNICO
() ODONTO
() PED

CLASSIFICAÇÃO

Amado

NOME DO PACIENTE		IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL	2202 em fôlego esquerdo		COMORBIDADES:
FLUXOGRAMA	problemas em extremidades		Não
DISCRIMINADOR	2202 moderada		Peso:
PARÂMETROS	PA: 135 x 74 mmHg	Temp.: °C	Sat. O2: 99 %
	ESCALA DE DOR		Pulso: 86 bpm
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	HORÁRIO DA CR: 17-13h		DESISTÊNCIA
	Tempo máximo: 3 minutos		EVASÃO
RECLASSIFICAÇÃO			Assinatura:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As: _____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

- ☐ Medicação Via Oral - VO, com _____ ml de água potável.
- ☐ Medicação Intramuscular - IM, local: _____
- ☐ Medicação Endovenosa - EV, puncionado em () MSE () MSD, local: _____ com () Jeico nº: _____ () Scap nº: _____
- ☐ Medicação sublingual: _____
- ☐ Medicação subcutânea, local: _____
- ☐ NBZ: _____

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Ontopetria - polietileno vitreo de entorse em fôlego no 1 do lado esquerdo.

Rx: Fx Capitulo 12 e 13 de 12-13

2 Rx: Fx Capitulo 12 e 13 de 12-13

CD: Quilose 200mg

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2619410 DATA: 16/02/2019 HORA: 16:54 USUARIO: NEIDE RAMOS
CNS: SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SERGIO SOUZA GOMES DOC.: CNH
IDADE: 27 ANOS NASC: 17/04/1991 SEXO: MASCULINO
ENDereco: RUA ADALBERTO SENA NUMERO: 112
COMPLEMENTO: BAIRRO: PLACIDO DE CASTRO
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP: 69900-000
NOME PAI/MAE: LUIZ FERREIRA GOMES /ELIANA NASCIMENTO SOUZA
RESPONSAVEL: ESPOSA GESSICA TEL: 9921-9885
PROCEDENCIA: MUNICIPIO PLACIDO DE CASTRO
ATENDIMENTO: QUEDA DO MESMO NIVEL
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

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

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

DIAGNOSTICO:

CID: PROTOCOLO

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] ELASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR:)

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ALERGIAS MED:

Não

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER

() CLÍNICO
() ODONTO
() PED

CLASSIFICAÇÃO

Amado

NOME DO PACIENTE		IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL	2202 em fôlego esquerdo		COMORBIDADES:
FLUXOGRAMA	problemas em extremidades		Não
DISCRIMINADOR	2202 moderada		Peso:
PARÂMETROS	PA: 135 x 74 mmHg	Temp.: °C	Sat. O2: 99 %
	ESCALA DE DOR 1 110 18.9 17 15.6 11.4 10		Pulso: 86 bpm
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	HORÁRIO DA CR: 17-13h		DESISTÊNCIA EVASÃO
	Tempo máximo: 3 minutos		Assinatura:
RECLASSIFICAÇÃO	HORÁRIO:		

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As: horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

- ☐ Medicação Via Oral - VO, com ml de água potável.
- ☐ Medicação Intramuscular - IM, local:
- ☐ Medicação Endovenosa - EV, puncionado em () MSE () MSD, local: com () Jeico nº: () Scap nº:
- ☐ Medicação sublingual;
- ☐ Medicação subcutânea, local:
- ☐ NBZ:

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Ontoprelina 20 polietileno vitreos de entorse em fôlego no 1 de 1
len das entorse.

Rx: Fx Caputo 1000 51 1000

20x: Fx Caputo 1000 51 1000

CD: Quetolet 1000 51 1000

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: 03/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SERGIO SOUZA GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03320

CONTA: 000000044937-7

Nr. da Autenticação A5182575232F315B

Correios

1-0

CONTA MES: 19/02/2019 162 168,42

ELIANA NASCIMENTO DE SOUZA
R 25 DE MARÇO 214 PLACIDO DE CASTRO
CPF: 00043536948200
CEP: 69.912-208 - RIO BRANCO
ROT: 10.001.10.02.002.000

Descrição	Valor	Data
Consumo	1883	12/02/20:9
Imposto	1727	16/01/20:9
Consumo Diferencial	1,000	14/03/20:9
Consumo Anterior	162	11/02/20:9
Consumo Atual	162	12/02/20:9
Consumo FCAH		

Forma de Pagamento: NORMAL
Código de Impedimento: 27

RESIDENCIAL MONO NCM17115568 1.1.1.1 119

Descrição	Valor	Data
JAN/19	180	
DEZ/18	161	
NOV/18	231	
OUT/18	215	
SET/18	199	
AGO/18	221	
JUL/18	183	
JUN/18	183	
MAI/18	175	
ABR/18	170	
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0 # 102 - 0.617800		

COMPREV - LICENCIAMENTO SIA
10 ABR 2019
PROTOCOLO

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
01/2019 134,96

FATURA COM COBRANCA DIFERENCA DA TARIFA-RESOLUCAO ANEEL 2497/8 C
ONFORME DECISAO JUDICIAL NO PROCESSO 100141-57.2018.4.01.3000

RESERVA ADICIONAL 8968.27A7.0595.87CC.5E78.A1C5.160A.3ABC

Descrição	Valor	Data
Consumo	37,58	
Imposto	14,66	
Consumo Diferencial	1,17	
Consumo Anterior	15,88	
Consumo Atual	33,09	

Descrição	Valor	Data
Consumo	11,72	
Imposto	0,00	
Consumo Diferencial	0,00	
Consumo Anterior	0,00	
Consumo Atual	0,00	

TAQUARI 12/2018 52 10

R\$ 45,85

VENCIMENTO

12/12/2018

EMIÇÃO: 19/11/2018

POSTAGEM: 28/11/2018

FATURA: 3590525512

CLIENTE: 1.67104913

CPF/CNPJ: 95961003272

ACESSO: 68 98102-5086

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000167104913018

AURICELIO SILVA DE ASIS
13 DE JUNHO, 73
BAHIA NOVA
69911-683 - RIO BRANCO - AC

IMPORTANTE PARA AURICELIO

RESUMO DA SUA CONTA DE 19/OUT A 18/NOV

Serviços TIM S.A.	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/> TIM Controle A Plus	R\$ 44,99
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 0,86

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
TIM Controle A Plus: 68981025086 (083/PÓS/SMP)	-	-	1	-	-	44,99
TIM Backup 5GB	-	-	1	-	-	Incluído
TIM Banca Virtual	-	-	1	-	-	Incluído
Total de Mensalidades						44,99

OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS

Todas as créditos ou débitos lançados em sua fatura

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
JUROS: (VENC 12/10/18, PAGO EM 07/11/18)	-	-	1	-	-	0,26
MULTAS: (VENC 12/10/18, PAGO EM 07/11/18)	-	-	1	-	-	0,60
Total de Outros Créditos e Débitos						0,86

COMPREV - PREVIDÊNCIA S/A

1 de ABR 2019

PROTOCOLO

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, na App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUZE	R\$ 0,22
ICMS	27%	R\$ 36,19	R\$ 7,55	FUNTEL	R\$ 6,15
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,55%				
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	4,65%				
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	9,25%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012, as contribuições do PIS (1%) e FUNTEL (0,5%) não são apassadas em caixa.

Informações Complementares - Planos e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Inclusas (não Rato)

Planos	R\$ 30,18
SVA	R\$ 14,80
Descontos Frequentes	R\$ 0,00
Descontos SVA	R\$ 0,00



Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático e ganhe um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse o Meu TIM ou ligue para o central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE
AURICELIO SILVA DE ASIS

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
00000000167104913018	NOV/2018	19/11/2018	12/12/2018	R\$ 45,85

VIA BANCO

84610000000-5 45850109011-2 06359052551-9 2012176772-2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

