

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

EMISSION: 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

☒ **TIM Controle A Plus** R\$ 44,99

\$ **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

1º ABR 2019

PROTOCOLO

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no 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	FUST	R\$ 0,22
ICMS	25%	R\$ 30,19	R\$ 7,55	FUNTEL	R\$ 0,11
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,51%				
PIS/COFINS - Serviços Híbrido Telecom	4,65%				
PIS/COFINS - Serviços Híbrido Telecom	9,21%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012 as contribuições do FUST (3%) e FUNTEL (0,3%) não são repassadas em tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA) incluídos no(s) Plano(s)

Franchise	R\$ 30,19
SVA	R\$ 14,80
Desconto Franchise	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 a 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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

EMISSION: 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

☒ **TIM Controle A Plus** R\$ 44,99

\$ **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

1º ABR 2019

PROTOCOLO

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no 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	FUST	R\$ 0,22
ICMS	25%	R\$ 30,19	R\$ 7,55	FUNTEL	R\$ 0,11
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,51%				
PIS/COFINS - Serviços Híbrido Telecom	4,65%				
PIS/COFINS - Serviços Híbrido Telecom	9,21%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012 as contribuições do FUST (3%) e FUNTEL (0,3%) não são repassadas em tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA) incluídos no(s) Plano(s)

Franchise	R\$ 30,19
SVA	R\$ 14,80
Desconto Franchise	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 a 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 Jesus

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 Invalidez da Vítima 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>Casa</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>(68) 38102-5086</u>

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

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 Invalidez da Vítima 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>Casa</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>(68) 38102-5086</u>

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

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

ATA EXTRA C6

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: 1/1/1
paciente com ferimento
após queda da mesa altura 1-16kg

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO: *ferimento* CID: PROTOCOLO
PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

o paciente recebeu 150mg de analgésico
o paciente recebeu 150mg de analgésico
o paciente recebeu 150mg de analgésico
SAME / HUERB
CÓPIA

DATA DA SAIDA: / /
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EMASAO [] 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
Selvati TC goelha
Carimbo do Hospital de Urgências e Emergências de Rio Branco

ALERGIAS MED.:

NÃO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER() CLÍNICO
() ODONTO
() PED

CLASSIFICAÇÃO

Cimado

NOME DO PACIENTE				IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL	2202 em joelho esquerdo			COMORBIDADES:	NÃO
FLUXOGRAMA	problemas em extremidades				
DISCRIMINADOR	2202 moderada			Peso:	
PARÂMETROS	PA: 125 x 74 mmHg	Temp.: °C	Sat. O2: 99 %	Pulso: 86 bpm	
	ESCALA DE DOR			Glicemia: mg/dL	
		110 18.9 12 15.6 11.4 10		Glasgow: Alterado ()	
				Não alterado ()	
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	HORÁRIO DA CR: 17:13h		DESISTÊNCIA		
	Tempo máximo: 3 minutos		EVASÃO		
			Assinatura:		
RECLASSIFICAÇÃO					

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: _____ () Scaip nº: _____
☐ Medicação sublingual;
☐ Medicação subcutânea, local: _____
☐ NBZ: _____

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

 As: _____
SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Ortopedia - polímero vitreo do esterno ou joelho no 1 de 10
 Len da enfermeira.

Rx: Fr Caputo 1000 51 1200 13

1000 Fr Caputo 1000 51 1200 13

CD: Quetolet 1200 13

ATA EXTERNA C6

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: / /
paciente com queda e ferimento
após queda da mesa altura 9-16kg

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO: *ferimento* CID: *PROTOCOLO*
PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

O. D. 100mg + 50mg (M)
C. D. 100mg + 50mg (M)
D. N. 100mg
SAME / HUERB
CÓPIA

DATA DA SAIDA: / /
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EMASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): *04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA*
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO
Selvati TC Joelho (E)
Dr. Sérgio Soares
04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

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

17

5.6

11.4

10

Glicemia: mg/dL

Glasgow: Alterado ()

Não alterado ()

CLASSIFICADOR
(carimbo e assinatura)

HORÁRIO DA CR: 17:13h

DESISTÊNCIA

EVASÃO

HORÁRIO:

RECLASSIFICAÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às ____ 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 ____ () Scaip nº ____;
- ☐ Medicação sublingual;
- ☐ Medicação subcutânea, local: _____;
- ☐ NBZ: _____;

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As ____

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Ortopedia - polímero vitreo do esterno ou fêmur no 1 do
lado da esquerda.

Rx: Fixação externa do 1º do 1º

1º do 1º Fixação externa do 1º do 1º

Dr. Gustavo

Paciente: Luano

Atenta para o dor da fêmur que o Sr.
Sergio Sever Gomes se fraca acidente
de trânsito no dia 16/02/2019
apresentando fratura de espinha
tibal da ala Esquerda sendo
submetido a tratamento conser-
vador.

evolu com aumento de volume
do joelho, hipotrofia do quadriceps
(E), limitação na flexão e extensão
do joelho (E) 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

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

NOME
 ADRICELIO SILVA DE ASSIS

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

CPF
 959.610.632-72

DATA NASCIMENTO
 07/12/1988

FUNÇÃO
 MANOEL CORDEIRO DE ASSIS
 NATE EVARISTO DA SILVA

PERMISSÃO
 02

ACC
 02

CE. NR.
 02

Nº IDENTIFIC.
 04377913840

VALIDADE
 26/11/2019

PERMISSÃO
 02/08/2007

OBSERVAÇÕES

LOCAL
 RIO BRANCO - AC

DATA EMISSÃO
 27/11/2014

Assinatura
 [Assinatura]

Assinatura Lida de S. P. Carvalho
 Diretor Geral
 Detran AC

96208041252
AC605862845

DETRAN AC (ACR)

VÁLIDA EM TODOS TERRITÓRIOS NACIONAIS
968620804

PROBIS PLASTIFICAR
968620804

COMPREV - PROVA DE HABILITAÇÃO S/A

10 ABR 2019

PROTOCOLO

AC-PROV-00000000

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

Nome
 ADRICELIO SILVA DE ASSIS

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

CPF
 959.610.632-72

DATA NASCIMENTO
 07/12/1988

Função
 MANOEL CORDEIRO DE ASSIS
 NATE EVARISTO DA SILVA

PERMISSÃO
 02

ACC
 02

CE. NR.
 02

Nº IDENTIFIC.
 04377913840

VALIDADE
 26/11/2019

PERMISSÃO
 02/08/2007

OBSERVAÇÕES

LOCAL
 RIO BRANCO - AC

DATA EMISSÃO
 27/11/2014

Assinatura
 [Assinatura]

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

96208041252
AC605862845

DETRAN - AC (ACR)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
968620804

PROIBIDO PLASTIFICAR
968620804

COMPREV - PROVA DE HABILITAÇÃO S/A

10 ABR 2019

PROTOCOLO

AC-PROV-00000000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC
 Nº 014397525389
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 VIA CONTRABANDO
 01 00251933270
 EXERCÍCIO 2018

SERGIO SOUZA GOMES

AC

009.215.752-11
 MZT4527

MZT4527 AC 9C2JC4110AR707639

PAS/MOTOCICLO/NAO APLICA
 GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS
 2010 2010

2P/0124CC/
 PARTICU PRETA

1 *PA60*
 2 **PAGU COTA UNICA **
 3 *****

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

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

RIO BRANCO AC 18/07/2018

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 18/07/2018

VIA 01 009.215.752-11 MZT4527

00251933270 HONDA/CG 125 FAN KS

2010 9 9C2JC4110AR707639

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$81.29 R\$9.03 R\$90.33
 R\$4.15 BILHETE (R\$) R\$0.7 R\$185.5

X COTA UNICA PAGAMENTO PARCELA ADD DATA DE PAGAMENTO 17/07/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.408/0001-04

COMPREV DPVVIDÊNCIA 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. Se: AUTENTICAÇÃO - Cota Unica - 4881.7 A34
 COT: 60CF - Consulta e selo em nome selos com br - Total: R\$ 3.40
 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 CONTRABANDO
 01 00251933270
 EXERCÍCIO 2018

SERGIO SOUZA GOMES

AC

009.215.752-11
 MZT4527

MZT4527 AC 9C2JC4110AR707639

PAS/MOTOCICLO/NAO APLICA
 GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN IS
 2010 2010

2P/0124CC/
 PARTICU PRETA

1 *PA60*
 2 **PAGU COTA UNICA **
 3 *****

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

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

RIO BRANCO AC 18/07/2018

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 18/07/2018

VIA 01 009.215.752-11 MZT4527

00251933270 HONDA/CG 125 FAN KS

2010 9 9C2JC4110AR707639

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

R\$4.15 BILHETE (R\$) R\$0.7 R\$185.5

X COTA UNICA PAGAMENTO 17/07/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.408/0001-04

COMPREV DPVVIDÊNCIA 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. Se: AUTENTICAÇÃO - Cota Unica - 4881.7 A\$
 COT: 60CF - Consulta e selo em: www.sscsp.br - Total: R\$ 3.40
 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 Castro,
município de: Rio Branco, Estado: AC

OUTORGADO: Auricilio Silva de Azevedo, 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 16/02/2013, 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 Castro,
município de: Rio Branco, Estado: AC

OUTORGADO: Auricilio Silva de Azevedo, 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? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ 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: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01031/01032 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14334341

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-JJ 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-JJ
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).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO 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)

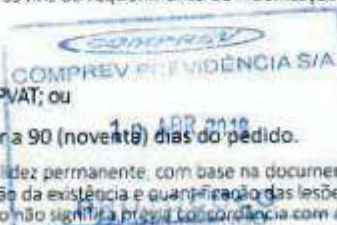
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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.

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-JJ 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-JJ
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).

RENDA 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)

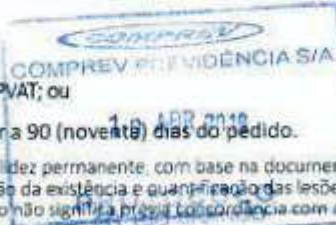
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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.

Tôni Cristian Carvalho de Oliveira

Tôni Cristian Carvalho de Oliveira
Agente Comissário de Polícia Civil

Sérgio Souza Gomes

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-JJ 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-JJ

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).

RENDA MENSAL:

☐ RECUO 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)

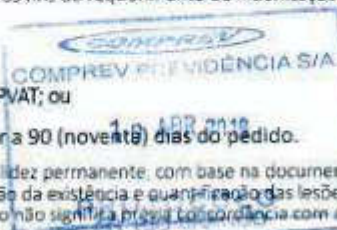
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, 51º, 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

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

ATA EXTRA C6

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: 1/1/1
paciente com ferimento
após queda da moto altura 1-16kg

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO: *ferimento* CID: PROTOCOLO
PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

o paciente recebeu 150mg de analgésico
o paciente recebeu 150mg de analgésico
o paciente recebeu 150mg de analgésico
SAME / HUERB
CÓPIA

DATA DA SAIDA: / /
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA
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
Selvati TC goelha
Carimbo: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

ALERGIAS MED:

nenhuma

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER

() CLÍNICO
() ODONTO
() PED

CLASSIFICAÇÃO

Amado

NOME DO PACIENTE

QUEIXA
PRINCIPAL

2 dor em joelho esquerdo

IDADE

COMORBIDADES:

nenhuma

FLUXOGRAMA

problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

2 dor moderada

Peso:

PARÂMETROS

PA: *125 x 74* mmHg

Temp:

°C

Sat. O2: *99* %

Pulso: *86* bpm

ESCALA
DE
DOR



110 18.9 12 ~~5.6~~ 11.4 10

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 potável;
- ☐ Medicação Intramuscular - IM, local: _____
- ☐ Medicação Endovenosa - EV, puncionado em () MSE () MSD, local: _____
com () Jeico nº: _____ () Scaip nº: _____
- ☐ Medicação sublingual;
- ☐ Medicação subcutânea, local: _____
- ☐ NBZ: _____

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As: _____

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Ortopedia - polímero vitreo do esterno ou joelho no 1 de 1
com dor intensa.

Rx: *Fx Capitulo tibial SI 12-01-13*

1 de 1 Fx Capitulo tibial SI 12-01-13

CD: Quilates neutro

ATA EXTRA C6

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: 1/1/1
paciente com ferimento
após queda da moto altura 1-16kg

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO: *ferimento* CID: PROTOCOLO
PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

o paciente recebeu 150mg de analgésico
o paciente recebeu 150mg de analgésico
o paciente recebeu 150mg de analgésico
SAME / HUERB
CÓPIA

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
Selvati TC goelha
Carimbo do Hospital de Urgências e Emergências de Rio Branco

ALERGIAS MED:

nenhuma

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER

() CLÍNICO
() ODONTO
() PED

CLASSIFICAÇÃO

Amado

NOME DO PACIENTE

QUEIXA
PRINCIPAL

2 dor em joelho esquerdo

IDADE

COMORBIDADES:

nenhuma

FLUXOGRAMA

problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

2 dor moderada

Peso:

PARÂMETROS

PA: *105 x 74* mmHg

Temp:

°C

Sat. O2: *99* %

Pulso: *86* bpm

ESCALA
DE
DOR



110 18.9 12 ~~5.6~~ 11.4 10

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 potável;
- ☐ Medicação Intramuscular - IM, local: _____
- ☐ Medicação Endovenosa - EV, puncionado em () MSE () MSD, local: _____
com () Jeico nº: _____ () Scaip nº: _____
- ☐ Medicação sublingual;
- ☐ Medicação subcutânea, local: _____
- ☐ NBZ: _____

-Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As: _____ **SAME / HUERB**

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Ortopedia - polímero vitreo do esterno ou joelho no 1 de 1
com dor intensa.

Rx: *Fx Capitulo torácico 51 de 51*

2 de 1 Fx Capitulo torácico 51 de 51

CD: Quilates neutro

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

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

EMISSION: 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

☒ **TIM Controle A Plus** R\$ 44,99

\$ **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

1º ABR 2019

PROTOCOLO

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no 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	FUST	R\$ 0,22
ICMS	25%	R\$ 30,19	R\$ 7,55	FUNTEL	R\$ 0,11
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,51%				
PIS/COFINS - Serviços Híbrido Telecom	4,65%				
PIS/COFINS - Serviços Híbrido Telecom	9,21%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012 as contribuições do FUST (3%) e FUNTEL (0,3%) não são repassadas em tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA) incluídos no(s) Plano(s)

Franchise	R\$ 30,19
SVA	R\$ 14,80
Desconto Franchise	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 a 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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

