
Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190460481

Vítima: CLICIANO GOMES DE MENEZES

Data do Acidente: 30/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLICIANO GOMES DE MENEZES

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



Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190460481

Vítima: CLICIANO GOMES DE MENEZES

Data do Acidente: 30/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CLICIANO GOMES DE MENEZES

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 24/05/2019, emitido pelo Dr. VINICIUS DE MACEDO MAGALHÃES CRM nº 1241 - AC, da Instituição HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

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: 792.793.412-00 Nome completo da vítima: Luciano Gomes de Menezes

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

Nome completo: Luciano Gomes de Menezes CPF: 792.793.412-00
Profissão: Funcionário Público Endereço: Malhada da Mara nº 31 Número: Complemento:
Bairro: Vitória Cidade: Rio Branco Estado: BA CEP: 69901-1806
E-mail: lucianogm@hotmail.com Tel. (DDD): (68) 9993 36 6302

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: Banco Econômica

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3320 CONTA: 60028893 (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 prévia 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 nasoturo (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 - BA 02/08/2019
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.



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 1ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029485/2018-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/04/2019 16:11 Data/Hora Fim: 08/04/2019 16:16
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 1ª Regional
Data/Hora do Fato: 30/09/2018 16:00

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: Cruzamento da Quintino Bocaiuva / Francisco Mangabeira

Bairro: José Augusto

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CLICIANO GOMES DE MENEZES (VÍTIMA, CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 28/06/1986
Profissão: Funcionário Público
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria de Nazare de Menezes Nome do Pai: Antonio Carlos de Menezes

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 365747
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 792.793.412-00

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: Tv Mara
Bairro: Vitória
Telefone: (66) 99979-2059 (Celular)

Nº: 31
CEP: 69.901-806



Nome Civil: ANA LUCIA SOUZA DO NASCIMENTO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 22/07/1951
Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 024.980.902-82

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: Rua Venezuela
Bairro: Habitasa
Telefone: (69) 99920-4396 (Resado)

Nº: 704



Delegado de Polícia Civil: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara
Impresso por: Victor Barbosa Mendes
Data de Impressão: 10/04/2019 08:44
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PFe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 1ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029485/2018-A02

Nome Civil: ALBERLAN DE OLIVEIRA SILVA (SEM PARTICIPAÇÃO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 01/10/1990
Profissão: Motorista Escolaridade: Ensino Superior Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Fatima de Oliveira Nome do Pai: Alberto Lima da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 832.965.492-34

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: RUA BOULEVARD AUGUSTO MONTEIRO Nº: 302
Bairro: QUINZE
Telefone: (68) 99982-0059 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NXT2389	Número do Chassi *****01727
Ano/Modelo Fabricação 2013/2013	Cor Branca
UF Veículo Acre	Município Veículo Rio Branco
Marca/Modelo HONDA/CBR 600F	Modelo HONDA/CBR 600F
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

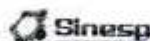
Nome Envolvido	Envolvimentos
Alberlan de Oliveira Silva	Proprietário
Cícilano Gomes de Menezes	Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Placa NXR4668	Número do Chassi *****99814
Ano/Modelo Fabricação 2013/2012	Cor Cinza
UF Veículo Acre	Município Veículo Rio Branco
Marca/Modelo VW/FOX 1.0 GII	Modelo VW/FOX 1.0 GII
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Ana Lucia Souza do Nascimento	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A vítima informa que trafegava em seu veículo pela Rua Quintino Bocaiuva quando no cruzamento com a Rua Francisco Magabeira foi atingido pela condutora do veículo placa NXR4668, conduzido pela senhora Ana Lucia Souza do Nascimento. Em decorrência do impacto teve fratura na fíbula direito na altura do tornozelo. Relata que levado para SAMU e atendido no Pronto Socorro.



Delegado de Polícia Civil: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara
Impresso por: Victor Barbosa Mendes
Data de impressão: 10/04/2019 08:44
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 1ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029485/2018-A02

ASSINATURAS

P.P. Victor R. Mendes

Denis Fernandes de Araújo
Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

[Handwritten signature]

Leonardo Alves de Alvarenga Santa Bárbara
Delegado(a) de Polícia

DETRAN
ACRE

Povo
do Acre

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

6901

NÚMERO FOLHA

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

Rua Quintino Bocaiuva x Rua Francisco Mangabeira Rio Branco

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

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

06 HORA DA OCORRÊNCIA

16:00

07 ZONA RURAL - URBANA

☐ RURAL ☒ URBANA

08 DATA

30/09/2011

09 DIA DA SEMANA

domingo

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

☐ 1

COLISÃO

☒ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO

☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR)

☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO

☒ 1

CONCRETO

☐ 3

PARALELEPÍEDO

☐ 5

CASCALHO

☐ 7

TERRA

☐ 9

AREIA

☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA

☒ 1

MOLHADO

☐ 3

OLEOSA

☐ 5

ENLAMEADA

☐ 7

DANIFICADA

☐ 9

OBRAS

☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM

☒ 1

CHUVA

☐ 3

NEBLINA

☐ 5

GAROA

☐ 7

14 N° DE VEÍCULOS

2 (Dois)

15 N° DE VÍTIMAS

SEM VÍTIMAS ☐

COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

CLICIANO GOMES DE MENEZES

17 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

18 NASCIMENTO

28/06/1961

19 ENDEREÇO

TRAVESSA DA MARI 31 VILA NOVA (99979-2059)

20 1ª HABILITAÇÃO

22/02/2006

21 CATEGORIA

A

22 PRONTUÁRIO

-

23 UF

AC

24 EXAME MÉDICO EM DIA

SIM ☐ 1 NÃO ☒ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☒ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☒ 3

27 MARCA

KOROLCAR GOO

28 ESPÉCIE

PASS

29 PLACA

NXT-2389

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

ALBERLAN DE OLIVEIRA SILVA

33 ENDEREÇO

-

34 CHASSIS

9C2PC4230DR701727

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☒

NÃO ☐

36 AVARIAS

SLIDES DISCO DIANTEIROS, LAZARDA

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

AVIA QUINTINO BOCAIUVA P/ FRANCISCO MANGABEIRA

40 AÇÃO DO CONDUTOR

PERMANECER NO LOCAL

PONTOS

37 CARRO



38 MOTO



41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

BAF

42 NOME CONDUTOR

ANA LUCIA SOUZA DO NASCIMENTO

43 SEXO

M ☐ 1 F ☒ 3

44 NASCIMENTO

12/26/1954

45 ENDEREÇO

RUA VENTURELA 704 HABITAGA (99945-8438)

46 1ª HABILITAÇÃO

29/11/1996

47 CATEGORIA

B

48 PRONTUÁRIO

-

49 UF

AC

50 EXAME MÉDICO EM DIA

SIM ☐ 1 NÃO ☒ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☒ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☒ 3

53 MARCA

VW FOX

54 ESPÉCIE

PASS

55 PLACA

NXR-4268

56 MUNICÍPIO

-

57 UF

-

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

FRANCISCO CHAGAS DE OLIVEIRA

59 ENDEREÇO

-

60 CHASSIS

9BM979028DS019293

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☒

NÃO ☐

62 AVARIAS

SETOR ANTERIOR CENTRAL, SETOR ANGULAR

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

AVIA QUINTINO BOCAIUVA P/ FRANCISCO MANGABEIRA

66 AÇÃO DO CONDUTOR

PERMANECER NO LOCAL

PONTOS

63 CARRO



65 MOTO



67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

BAF

68 NOME

71 ENDEREÇO

75 NOME

78 ENDEREÇO

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

77 NASCIMENTO

79 IDENTIDADE N°

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 10/10/11

Assinado digitalmente por
Francisco Chagas de Oliveira
Técnico Administrativo
de Engenharia de Trânsito
DETRAN-AC

VÍTIMAS	82 NOME	83 SEXO	84 NASCIMENTO
	85 ENDEREÇO	86 FERIMENTOS LEVES ☐ 1 GRAVES ☐ 2 FATAIS ☐ 3	87 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº ☐ 88 USAVA CINTO SIM ☐ 1 NÃO ☐ 2
	89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ 1 PASSAG ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5	90 CONDUZIDA PARA	
	91 NOME	92 SEXO	93 NASCIMENTO
	94 ENDEREÇO	95 FERIMENTOS LEVES ☐ 1 GRAVES ☐ 2 FATAIS ☐ 3	96 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº ☐ 97 USAVA CINTO SIM ☐ 1 NÃO ☐ 2
	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ 1 PASSAG ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5	99 CONDUZIDA PARA	

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 30/10/18

Assinatura: *[Assinatura]*
Téc. de Segurança da Silva
Téc. de Administração
Coord. de Engenharia de Tráfego
DETRAN-AC

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

INFORMO QUE NO DIA 08/10/18 COMPLETEI APOSTA (CITAN) AS CONDIÇÕES DO AUT. EM AVERSO PARA REGISTRO DE UMA COLISÃO ENTRE O CONDUTOR DO V1 REGISTRADO EM B.O. COM NÚMERO DE OCORRÊNCIA Nº 02948512018. COLISÃO OCORRIDA NO DIA 29/09/2018.

INFORMO TAMBÉM QUE O CONDUTOR DO V2 SE COMPLETOU EM AVERSO COM ~~50%~~ 15 PERJUIZOS CAUSADOS NO V1 E EM SEU PRÓPRIO VEÍCULO. 50% (NA CONDIÇÃO DE VÍTIMA).

INFORMO QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS FORAM DADAS PELOS CONDUTORES DO V1 E V2.

ASSIM AFIRMA E ASSINA ABAIXO:

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA V1	103 MOTORISTA V2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO CITAN
105 NOME CICILIANO GOMES	106 NOME ANA LUCIA SOUZA	107 NOME / RG João Maria / 9293210
108 ASSINATURA <i>[Assinatura]</i>	109 ASSINATURA <i>[Assinatura]</i>	110 ASSINATURA <i>[Assinatura]</i>
111 LOCAL Rio Branco, AC		112 DATA 08/10/18

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: 792.793.412-00 Nome completo da vítima: Luciano Gomes de Menezes

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

Nome completo: Luciano Gomes de Menezes CPF: 792.793.412-00
Profissão: Funcionário Público Endereço: Malhada da Mara nº 31 Número: Complemento:
Bairro: Vitória Cidade: Rio Branco Estado: BA CEP: 69901-1806
E-mail: lucianogm@hotmail.com Tel. (DDD): (81) 9999 36 6302

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: Banco Econômica

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3320 CONTA: 60028893 (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 prévia 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 nasoturo (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 - BA 02/08/2019
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: CPF: Assinatura
2ª | Nome: CPF: Assinatura

(*) 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.

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 10/10/2018 Hora Emissão: 08:54 Operador:
Nº da Ocorrência 1809300095	Qtd. vítimas 1	Data Hdo: 30/09/2018 17:05 Data Término: 30/09/2018 17:09	Classificação de Risco: VERDE BAIXO RISCO! Tipo de Caso: ACIDENTES EXTERNOS Motivo do Caso: COLISÃO CARRO X MOTO	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante	
End: R QUINTINO ROCHAIVA	
Bairro: BOSQUE	
Cidade: RIO BRANCO	
CEP:	
Ponto de Referência: EM FRENTE A PAQUETE MENOS NA RUA DO LQJÃO DOS PARAFUSOS	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTO Telefone do Solicitante: (68) 999667097 Qualia: CARRO X MOTO	Origem da Ligação: VIA PÚBLICA
---	--------------------------------

VITIMAS

Vítima 1	Nome: CLICIANO GOMES DE MENEZES	Idade: 32 ANOS	Sexo: MASCULINO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

AValiação NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 30/09/2018 17:22
	Avaliação: EQUIPE NO LOCAL. PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO COM DOR IDEAL EM TORNO DO OMBRO DIREITO. SEM PERDA OU DIMINUIÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA. PATXK7 SP02 98% PO 99.	
Vítima 1	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 30/09/2018 17:07
	Avaliação: SOLICITANTE. PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO COM DOR IDEAL EM TORNO DO OMBRO ESQUERDO. SEM PERDA OU DIMINUIÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA.	

AValiação ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 30/09/2018 17:22	Situação: F
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA		
	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 30/09/2018 17:22	Situação: F
	Destino: HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO - HUERE		
	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 30/09/2018 17:22	Situação: F
	Interconexão:		
	Observação:		
Vítima 1	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 30/09/2018 17:07	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO		
	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 30/09/2018 17:07	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 30/09/2018 17:07	Situação: F
	Interconexão:		
	Observação:		

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USB 07 R00	Definição: Evid. Equipe
	Dt./Hr. Saída Base: 30/09/2018 17:10	Dt./Hr. Chegada Local: 30/09/2018 17:20
	Dt./Hr. Saída Local: 30/09/2018 17:37	Dt./Hr. Chegada Online: 30/09/2018 17:48
	Dt./Hr. Saída Destino: 30/09/2018 17:49	Dt./Hr. Chegada Base: 30/09/2018 17:50

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Estatuto pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
WILLYANE FABRINI CLEMENTINO RAMOS	30/09/2018 17:06		WILLYANE FABRINI CLEMENTINO RAMOS
WILLYANE FABRINI CLEMENTINO RAMOS	30/09/2018 17:06	WILLYANE FABRINI CLEMENTINO RAMOS	EM FILA
ALEXANDER HIGUCHI	30/09/2018 17:07	ALEXANDER HIGUCHI	EM FILA
ALEXANDER HIGUCHI	30/09/2018 17:22	ALEXANDER HIGUCHI	EM FILA

Eletrobras
Distribuição Acre

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 223 - Brasília - Rio Branco - AC
Fone: (68) 3123-2000 - Fax: (68) 3123-2001 - e-mail: atendimento@eletrobras.com.br
Rua Pôrto de Fátima de Energia Elétrica - Santa Cruz

Para consultar com a
Eletrobras, informe
o seu número

SEU CÓDIGO

0033613-0

Nº da Fatura Fiscal 005003943

A Tarifa Especial de Energia Elétrica - TEE Especializada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	11/07/2019	510	433,53

ANTONIO CARLOS DE MENEZES
R. MARA 31 VITORIA
CPF: 00005828538268
CEP: 69.901-806 - RIO BRANCO

ROT: 2.001.02.05.001270

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	34837	Atual:	04/07/2019
Anterior:	34327	Anterior:	04/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima leitura:	05/08/2019
Consumo Inicial:	510	Emissão:	03/07/2019
Consumo Faturado:	510	Apresentação:	04/07/2019

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: FCM Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat. Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	8036272		1.1.1.2 422

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JUN/19	503	CONSUMO 510 A R\$ 0,808097 =	412,12
MAI/19	397	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	21,41
ABR/19	437	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	1,00
MAR/19	397		
FEV/19	444		
JAN/19	408		
DEZ/18	500		
NOV/18	625		
OUT/18	409		
SET/18	317		
TARIFA COM TRIBUTOS:			
CA 510 - 0,595172			

MENSAGENS IMPORTANTES / REVISÃO DE VENCIMENTO

Parabéns! Até o dia 03/07/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 588F.4CD6.3517.2614.40B6.226B.CDB5.683D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	119,35	Base de Cálculo:	412,12
Energia:	141,56	Alíquota ICMS:	25,00%
Transmissão:	3,60	Valor do ICMS:	103,03
Encargos:	41,38	Valor do PIS:	0,57
Tributos:	106,23	Valor do COFINS:	2,63

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Alberlan de Oliveira Silva
 RG nº 10060715, data de expedição 1/1/
 Órgão SSP AC, portador do CPF nº 832 965 492 34, com
 domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de
Acre, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Boulevard Augusto Monteiro nº 302
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Gleiciano Gomes de Menezes cujo o condutor era
Gleiciano Gomes de Menezes.

Veículo: MOTO HONDA
 Modelo: CBR 600F
 Ano: 2013/2013
 Placa: NXT 2389
 Chassi: 9C2PC4230BR701727
 Data do Acidente: 30/09/2018
 Local e Data: RIO BRANCO ACRE, 08/10/2018

Alberlan de Oliveira Silva
 Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º Tabelionato de Notas & 2º Registro Civil - Rio Branco/AC
 Tabelô Registradora Inimã: Cidália Lima F. de Oliveira Leite - Via Chico Mendes, 143, Vila do DNER
 CEP: 69.906-130. Telefone: (68) 3221-3822 - e-mail: a.guadalupe@tabelofolha.com.br

Reconheço por SEMELHANÇA a assinatura indicada de: **ALBERLAN DE OLIVEIRA SILVA**, Dou Fe. Rio Branco - AC, 25 de abril de 2019, Emol.: R\$ 2,89, F. Comp.: R\$0,17
 F. Fisc.: R\$ 0,34; Total: R\$3,40

Em testilhado da verdade
 Cidália Lima F. de Oliveira Leite - Tabelante Autorizada
 Selo: A140731135-4 Código: B1A1-D153-ABEO-ROE4
 Confira a autenticidade do selo em: www.seloacre.com.br



2º Tabelionato de Notas & 2º Registro Civil - Rio Branco/AC
 Tabelô Registradora Inimã: Suelen CP da Silva Leite - Via Chico Mendes, 143, Vila do DNER
 CEP: 69.906-130. Telefone: (68) 3221-3822 - e-mail: a.guadalupe@tabelofolha.com.br

Reconheço por verdadeiras a assinatura indicada de: **ALBERLAN DE OLIVEIRA SILVA**, Lançada na minha presença, Dou Fe. Rio Branco - AC, 25 de abril de 2019
 Emol.: R\$ 2,89, F. Comp.: R\$0,17, F. Fisc.: R\$ 0,34; Total: R\$3,40

Em testilhado da verdade
 Suelen CP da Silva Leite - Tabelante Autorizada
 Selo: A1114825-30 Código: B1A1-D153-ABEO-ROE4
 Confira a autenticidade do selo em: www.seloacre.com.br



0408050217/5930

U

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2586641 DATA: 30/09/2018 HORA: 17:31 USUARIO: MARCIA DE LIMA
 CNS: 702506338732731 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : CLICIANO GOMES DE MENEZES DOC.: CNS
 IDADE: 32 ANOS NASC: 28/06/1986 SEXO: MASCULINO
 ENDEREÇO: TRAV. DA MARA NUMERO: 68
 COMPLEMENTO: VEIO NO SAMU BAIRRO: VITORIA
 MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP: 69900-000
 NOME PAI/MAE: ANTONIO CARLOS DE MENEZES / MARIA D ENAZARE DE SOUZA GOMES
 RESPONSÁVEL: O MESMO TEL.: NT
 PROCEDENCIA: VITORIA
 ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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:

Locum, trazido pelo SAMU, com história de compressão/esmagamento de M.I.D. sobre mão x carro. No momento, LOTE, inferindo dor em região do joelho. Tornozelo direito A - vias aéreas pervias, sem edas cervicais, B - M.I.D. bilateralmente s/ RA, C - RCR, RT, BNT, s/ sopro. Abdome indolor, Glasgow 15, sem perda de consciência, E - imobilizado em M.I.D. e is corações em colorado direito. Nega alergia a medicamentos.

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1- Radiografias

2- Av. da Traqueia

SAME / HUEB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PERMISSO [] EVASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SEIOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Aloysius
 Médico Residente
 Cirurgia Geral
 2102

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 () MBO, local:
 com () Jelco nº: _____ () Scalp nº: _____
☐ Medicação sublingual;
☐ Medicação subcutânea, local: _____
☐ NBZ: _____

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As H. with numerous no. 54, top fire (red)
 Sam. Historic. It is a lot of water,
 Alga in the north (D).

Вручена

\$ Favorito @ within 3 of class
Not only just the common
Smoking pack & money. Return

[illegible]

② *Eudofonus* 55 Aug (19) open

Dr. Vinícius de Macedo Magalhães
Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 1241



BOLETIM DE ATENDIMENTO - SAMU

CHAMADO	Nº	DATA						HORA		
	MÉDICO(A) REGULADOR(A) Dr(a)									
MOTIVO	CLÍNICO									
	☐ 4. RESPIRATÓRIO ☐ 5. CARDIOVAC. ☐ 6. NEUROLÓGICO ☐ 7. GASTROINTEST.	☐ 8. OBSTÉTRICO ☐ 9. PSIQUIÁTRICO ☐ 10. INFECIOSO ☐ 11. INTOXICAÇÃO EXOG.	☐ 12. METABÓLICO ☐ 13. PEDIÁTRICO ☐ 14. OUTRO: _____ ☐ 15. COLISÃO ☐ 16. ATROPELAMENTO ☐ 17. QUEDA ☐ 18. AGRESSÃO	☒ 15. COLISÃO C/H ☐ 16. ATROPELAMENTO ☐ 17. QUEDA ☐ 18. AGRESSÃO	☐ 19. FAF ☐ 20. FAS ☐ 21. QUEIMADURA ☐ 24. OUTRO: _____	☐ 22. AFOGAMENTO ☐ 23. ELETROPLESSÃO				
PACIENTE	NOME COMPLETO									
	ENDEREÇO ONDE SE ENCONTRA O PACIENTE (RUA, Nº, AL, BAIRRO, PONTO DE REFERÊNCIA)									
EXAME PRIMÁRIO	VIAS AÉREAS									
	☐ 28. OBSTRUÍDAS ☐ 29. PATC. OBSTR. ☒ 30. LIVRE	☒ 31. NORMAL ☐ 32. ALTERADA ☐ 33. AGÔNICA ☐ 34. APNÉIA	☒ 35. NORMAL ☐ 36. CHOQUE ☐ 37. SANGRAMENTO ☐ 38. PCR	☒ 39. NORMAL ☐ 40. CONVULSÃO ☐ 41. AGITAÇÃO	☐ 42. CONFUSÃO ☐ 43. COMA	☐ 44. SEM ALTERAÇÃO ☐ 45. QUEIMADURA ☐ 46. DEFORMIDADES	☒ 47. FRATURAS ☒ 48. FERIMENTOS			
SINAIS VITAIS	HORA		P.A.	F.R.	FC	SP02	DEXTRO		GLASGOW	
	INÍCIO									
PROCEDIMENTOS EFETUADOS	AVALIAÇÃO MONITOR ECG:									
	REPOSIÇÃO VOLÊMICA / MEDICAMENTOS:									
TRANSP.	TIPO		ORIGEM		DESTINO		CONTATO NO DESTINO			
	☒ 69. SIMPLES ☐ 70. MEDICALIZADO		☐ 71. CANCELADO ☐ 72. FALSO	☐ 73. ÓBITO ☐ 74. NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL	☐ 75. RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO ☐ 76. NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL	☐ 77. OUTRO				
OBSERVAÇÕES										
PROFISSIONAL QUE RECEBER O PACIENTE										
MÉDICO (A) INTERVENCIÓNISTA Dr (a)										
PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM										



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
GERÊNCIA DAS UNIDADES BÁSICAS
URAP DRª CLAUDIA VITORINO
UBS MARIA DA CONCEIÇÃO



LAUDO MÉDICO

Paciente: Romualdo Ferreira Silva

CID: CID-10: V294 Data: 11/06/2019

Declaro que o paciente acima não apresenta condições físicas para exercer atividade laboral para a qual foi contratado, necessitando de acompanhamento clínico periódico e sem previsão de alta médica.

Dr. André Isquierdo
Médico



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital das Clínicas do Acre
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia

LAUDO MÉDICO

NOME:

Cláudio Gomes de Souza

O paciente supracitado apresenta

fratura fechada do

a partir de

20/10/2008

ou há

tendo sido tratado com

tratamento

No momento, encontra-se

com fratura consolidada

3/4 unificada do fêmur. Apresenta boa
condição funcional por causa da
artroscopia

CID:

S82.6

Dr. Vinícius de Macedo Magalhães
Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 1241

Médico

Rio Branco - AC

24/05/09

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - AC Nº 012214708636
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

01 01027707600 2017

ALBERLAN DE OLIVEIRA SILVA

832.965.492-34 NX12389

NX12389 AC 9C2PC4230DR701727

PAS/MOTOCICLO/NAO AF11CA GASOLINA

HONDA/ CBR 600F 2013 2013

2P/0599CC/ PARTICU BRANCA

PAGO ***** 1*****
2*****
3*****

** PAGO COM UNICA ** 3*****

R\$0.7 R\$185.5 11/08/2017

SEM RESERVA DE DOMINIO * BEN. TRIBUTARIO *

RIO BRANCO-AC 29/08/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-RESCISÃO CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VELA, REGISTRADO NO POSTO DE GARÇA, ART. 50, § 1º
TRANSFERRIDAS OBRIGADO, SEGURO DPVAT

AC Nº 012214708636 FILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU FILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGAR NO VERSO
AS COPIAS GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatseguroobrigatorio.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1404

01 832.965.492-34 NX12389 2017 29/08/2018

01027707600 HONDA/ CBR 600F

2013 9 9C2PC4230DR701727

PREMIO TAA/PARFIO

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

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

X COBERTURA 11/08/2017

SEGURADORA LIDER - DPVAT

012214708636
65830726124

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0263486/19

Vítima: CLICIANO GOMES DE MENEZES

CPF: 792.793.412-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/09/2018

Titular do CPF: CLICIANO GOMES DE MENEZES

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CLICIANO GOMES DE MENEZES : 792.793.412-00

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: 02/08/2019
Nome: CLICIANO GOMES DE MENEZES
CPF: 792.793.412-00

CLICIANO GOMES DE MENEZES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/08/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190460481 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLICIANO GOMES DE MENEZES **Data do acidente:** 30/09/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO COTOVELO DIREITO.
FRATURA NO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DO TORNOZELO. P.2
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00