
Rio de Janeiro, 08 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200317466

Vítima: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Data do Acidente: 29/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DE FATIMA DA SILVA

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, contados 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



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Marcia de Fatima da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 193.132 EXPEDIDO POR SEPC/AC EM 23/04/2018 ECPF 2017863122-53 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marcia de Fatima da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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



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

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

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

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

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

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 2278 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 54193-1

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

LOCAL Xapuri - AC DATA 13/08/2020

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Marcia de Fatima da Silva

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 217.867.122-53 4 - Nome completo da vítima: Maria de Fatima da Silva

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

5 - Nome completo: Maria de Fatima da Silva 6 - CPF: 217.867.122-53
7 - Profissão: Desempregada 8 - Endereço: Rua São Francisco, 230 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Tancredo Neves 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.921-728
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (68) 99292-1801

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2278 CONTA: 54193 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vair nascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

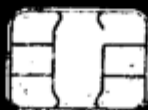
40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Maria de Fatima da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

VALIDO SOMENTE NO BRASIL



CAIXA

POUPANÇA

5067 2253 2268 5993

5067

VÁLIDO ATÉ

09/24

MARIA DE FATIMA DA SILVA

2278 013 00054193-1

elo



Eletrobras
Distribuição Acre

Para contato com a
Eletrobras, informe
este número

CÓDIGO

0069122-4

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 - Bosque - Rio Branco
CNPJ: 04.065.033/0001-70 | Insc. Estadual: 01.104.141/01-45
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Única

Nota Fiscal 0001605

A tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2017	28/09/2017	160	100,52

SEBASTIAO FERNANDES DE ALMEIDA
R. SÃO FRANCISCO 230 TANCREDO NEVES
CPF: 00007804228249
CEP: 69.021-238 RIO BRANCO

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	4644	Atual:	22/09/2017
Anterior:	4484	Anterior:	22/08/2017
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	21/10/2017
Consumo Medido:	160	Emissão:	22/09/2017
Consumo Faturado:	160	Apresentação:	22/09/2017

Forma de Faturamento: NORMAL

Fator de Potência:

Dias de Consumo: 31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. Bx. RENDA	MONO	7262522		1.6.1.1	141

HISTÓRICO KWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
AGO/17	195	CONSUMO	30 A R\$ 0,261142 = 7,83
JUL/17	175		70 A R\$ 0,424499 = 29,71
JUN/17	178		60 A R\$ 0,620535 = 37,23
MAT/17	165	CONTR. ILUMINACAO PBL (CCLP)	3,18
ABR/17	152	DIFERENÇA DE TARIFA	42,76
MAR/17	101	SUBVENCAO BAIXA RENDA	50,32
FEV/17	115	PAGAMENTO DIVERSOS DE 08/17 00	1,83
JAN/17	179	DOACAO APAL 0800 22/17	10,60
DEZ/16	158	MULTA POR ATRASO 08/17 00	2,40
NOV/16	169		
		ADICIONAIS LUMINARIA ATUALIZADA	1,42
		ADICIONAIS LUMINARIA VERMELHA	0,91





GOVERNO DO ESTADO DE ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DA 5ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014069/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/10/2017 11:05

Data/Hora Fim: 16/10/2017 11:30

Origem: Polícia Judiciária Data: 16/10/2017

Delegado de Polícia: Cleiton Videira Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 5ª Regional

Data/Hora do Fato: 29/08/2017 16:30

Local do Fato

Município: Rio Branco

Logradouro: Rua Luiz Moraes

Barro: Tancredo Neves

Ponto de Referência: Ao lado do box da PM

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)	Lei Maria da Penha
1223. Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. Veículo 303 - Caput - da LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)		Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: MARIA DE FÁTIMA PEREIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Rio Branco

Sexo: Feminino

Nasc: 16/01/1963

Profissão: Agricultor

Educacional: Sem instrução

Estado Civil: Divorciado(a)

Raça/Cor: Parda

Nome da Mãe: Maria do Carmo da Silva

Nome do Pai: Jesus José da Silva

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: rua São Francisco

Nº 230

Complemento: aos fundos da casa nº 230

Bairro: Tancredo Neves

Telefone: (68) 99927-5352 (Celular)

Nome: NILSON (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 35 Altura: 170

Profissão: Motorista

Estado Civil: Casado(a)

Tipo Físico: Normal

Raça/Cor: Branca

Estado Aparência: Calmo

Em Serviço: Sim

Endereço

Município: Rio Branco - AC

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Microônibus/Ônibus

Número da Carroceria: 2383

Cor: amarelo branco

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Meio Empregado

Nome Envolvido

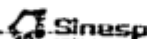
Envolvimentos

Nilson

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A vítima compareceu nesta unidade policial, para informar que no dia dos fatos estava retornando da fundação juntamente com sua filha CATIULSE MARIA PEREIRA, e quando estavam descendo do ônibus o motorista do ônibus que estava fechou a porta no momento em que a vítima descia do veículo, tendo ficado com a perna presa na porta. Que o motorista só abriu a porta quando a vítima e sua filha que tinha saído do ônibus, gritaram para que o motorista abrisse a porta. Que quando o motorista abriu a vítima quase caiu, porém sua filha lhe segurou e sentou-lhe em frente a farmácia do bairro. Que o motorista desceu para verificar a situação, porém não lhe ajudou, deixou apenas o contato, e logo em seguida foi embora. Que não foi realizado o BAT, pois os agentes de trânsito não foram acionados. Que alguém acionou o SAMU e esta foi conduzida para o PRONTO-SOCORRO. Que registra essa ocorrência para fins de DPVAT.



Delegado de Polícia Civil Cleiton Videira Dos Santos
Impresso por: Gilene Albuquerque Lima
Data de Impressão: 16/10/2017
Protocolo nº: Não disponível
Delegado de Polícia Civil
Mat.: 9137629-1

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



COMUNICAMOS A V. Sª QUE NESTA DATA COMPARECEU O CONDUTOR ABAIXO IDENTIFICADO
DECLARANDO QUE SE ENVOLVEU EM ACIDENTE DE TRÂNSITO.

1. LOCAL/DATA DO ACIDENTE

DATA: 29/08/2017 HORA: 17:30
ENDEREÇO: RUA LUIZ DE MORAIS
BAIRRO: TANCREDO NEVES CIDADE: RIO BRANCO UF: AC
REFERÊNCIA: EM FRENTE A FARMAVIDA

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

PLACA: MARCA: MODELO: ESPÉCIE:
RENAVAM: CHASSI: COR: UF:
PROPRIETÁRIO: CPF/CNPJ:
ENDEREÇO: BAIRRO:

3. DADOS DA VÍTIMA () CONDUTOR (X) PASSAGEIRO () CICLISTA () PEDESTRE

NOME: MARIA DE FÁTIMA PEREIRA ESTADO CIVIL: DIVORCIADA
SEXO: FEM DATA NASC. 16/01/1963 PROFISSÃO: AGRICULTORA
CPF: 217.867.122-53 RG: 193132 ORG.: SSP/AC
NATURALIDADE: RIO BRANCO NACIONALIDADE: BRASILEIRA
GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO
REGISTRO DA CNH: CATEGORIA: VALIDADE: UF:
ENDEREÇO: RUA SÃO FRANCISCO BAIRRO: TANCREDO NEVES CIDADE: RIO BRANCO
N230

4. NARRATIVA DO ACIDENTE CONFORME DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

Informo que compareceu neste Batalhão de Policiamento de Trânsito, a Sra Catiúcia Maria Pereira de Lima CPF n 897.724.072-72 e RG 431108, a mesma informa que no dia, local e horário supracitados ao descer do ônibus juntamente com sua mãe a Sra Maria de Fátima Pereira, o motorista fechou a porta, momento este em que prendeu o pé de sua mãe.

As duas gritaram para que o mesmo parasse o ônibus, que ao parar e abrir a porta a Sra Maria de Fátima quase caiu, sendo amparada por sua filha a Sra Catiúcia que levou a mesma para uma calçada onde ficou aguardando atendimento do SAMU, que esteve no local e conduziu ao PS conforme BE 2483827. Ela informa ainda que não foi possível anotar a placa do referido veículo, que só foi possível anotar a numeração da lateral do ônibus, número 2383 e que o nome do motorista é Nilson.

Catiúcia M. Pereira de Lima

Assinatura do Declarante

NOME: B ANDRADE RG: 3491 / PMAC
POSTO/GRAD: 3º SGT PM MATRÍCULA: 9121480-1 OPM: BPTRAN
DATA: 24/10/2017 HORA: 12:15

Assinatura:

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 217.867.122-53 4 - Nome completo da vítima: Maria de Fatima da Silva

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

5 - Nome completo: Maria de Fatima da Silva 6 - CPF: 217.867.122-53
7 - Profissão: Desempregada 8 - Endereço: Rua São Francisco, 230 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Tancredo Neves 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.921-728
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (68) 99292-1801

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2278 CONTA: 54193 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vair nascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Maria de Fatima da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 17/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE FATIMA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02278

CONTA: 000000054193-1

Nr. da Autenticação F989F43EF8FFE421

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria de Fátima de Silva

RG nº 193.132, data de expedição 23/04/2018, Órgão SEPC IAC,

CPF nº 217.867.122-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

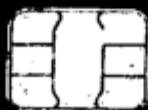
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua São Francisco
Número	230
Apto / Complemento	
Bairro	Tamboré Neves
Cidade	Rio Branco
Estado	ACRE
CEP	69921-728
Telefone de Contato	(68) 99974-1598
E-mail	SDHNANS571@GMAIL.COM

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Xapuri-AC, 13 de Agosto de 2020.

Assinatura do Declarante: Maria de Fátima de Silva

VALIDO SOMENTE NO BRASIL



CAIXA

POUPANÇA

5067 2253 2268 5993

5067

VÁLIDO ATÉ

09/24

MARIA DE FATIMA DA SILVA

2278 013 00054193-1

elo



Eletrobras
Distribuição Acre

Para contato com a
Eletrobras, informe
este número

CÓDIGO

0069122-4

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 - Bosque - Rio Branco
CNPJ: 04.065.033/0001-70 | Insc. Estadual: 01.104.141/01-45
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Única

Nota Fiscal 0001605

A tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2017	28/09/2017	160	100,52

SEBASTIAO FERNANDES DE ALMEIDA
R. SÃO FRANCISCO 230 TANCREDO NEVES
CPF: 00007804228249
CEP: 69.021-238 RIO BRANCO

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	4644	Atual:	22/09/2017
Anterior:	4484	Anterior:	22/08/2017
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	21/10/2017
Consumo Medido:	160	Emissão:	22/09/2017
Consumo Faturado:	160	Apresentação:	22/09/2017

Forma de Faturamento: NORMAL

Fator de Potência:

Dias de Consumo: 31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. Bx. RENDA	HOMO	7262522		1.6.1.1	141

HISTÓRICO KWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
AGO/17	195	CONSUMO	30 A R\$ 0,261142 = 7,83
JUL/17	175		70 A R\$ 0,474499 = 29,11
JUN/17	178		60 A R\$ 0,620535 = 37,23
MAT/17	165	CONTR. ILUMINACAO PBL (COT-18)	3,18
ABR/17	152	DIFERENÇA DE TARIFA	42,76
MAR/17	101	SUBVENCAO BAIXA RENDA	50,32
FEV/17	115	PAGAMENTO DIVERSOS DE 08/17-00	1,83
JAN/17	179	DOACAO APAL 0800 22/17	10,60
DEZ/16	158	MULTA POR ATRASO 08/17-00	2,40
NOV/16	169		
		ADICIONAIS LANTERNA ATERRADA	1,42
		ADICIONAIS BARRILEIRA VERMELHA	0,91



SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 14/08/2017 Hora emissão: 15:39 Operador:
Nº da Ocorrência 1708290085	Qtd. Vítimas 1	Dt/Hr Início: 29/08/2017 17:18 Dt/Hr Término: 29/08/2017 18:42	Classificação de Risco: VERDE (BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: ACIDENTE ONIBUS (TRANSPORTE COLETIVO)	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante:
End.: R LUIZ DE MORAIS
Bairro: TANCREDO NEVES
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: AO LADO DO BOX DA PM

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
 Telefone do Solicitante: (68) 999377894
 Queixa: SENHORA QUEDA

Origem da Ligação: DOMICÍLIO

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: Paciente 1 MARIA DE FATIMA PEREIRA	Idade: 54 ANO(S)	Sexo: FEMININO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

AValiação NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: JOSLEILSON DOS SANTOS	Data/Hora: 29/08/2017 18:42
	Avaliação: EQUIPE INFORMA EDEMA DE TORNOZELO DIREITO, DOR LOCAL	

Vítima 1	Profissional: JOSLEILSON DOS SANTOS	Data/Hora: 29/08/2017 17:26
	Avaliação: SOLICITANTE INFORMA QUE SENHORA FOI DESER DO ÔNIBUS E SOFREU TRAUMA EM MM8 APOS FECHAR PORTA DO ONIBUS, MM8 E DOR LOCAL	

AValiação ESTRUTURADA**DECISÃO TÉCNICA**

Vítima 1	Profissional: JOSLEILSON DOS SANTOS	Data/Hora: 29/08/2017 18:42	Situa
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGENCIA		
	Profissional: JOSLEILSON DOS SANTOS	Data/Hora: 29/08/2017 18:42	Situa
	Destino: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RBO - HUERB		
	Profissional: JOSLEILSON DOS SANTOS	Data/Hora: 29/08/2017 18:42	Situa
	Intercomência:		
	Observação: PACIENTE COM EDEMA DE TORNOZELO DIREITO DOR, SUSPEITA DE FRATURA		

Vítima 1	Profissional: JOSLEILSON DOS SANTOS	Data/Hora: 29/08/2017 18:04	Situa
	Decisão: ENVO DE VEÍCULO		
	Profissional: JOSLEILSON DOS SANTOS	Data/Hora: 29/08/2017 18:04	Situa
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: JOSLEILSON DOS SANTOS	Data/Hora: 29/08/2017 18:04	Situa
	Intercomência:		
	Observação:		

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USB 08 RBO	Data/Hora Envio Equipe: 29/08/2017 17:38
	Dt./Hr. Saída Base: 29/08/2017 17:38	Dt./Hr. Chegada Local: 29/08/2017 17:52
	Dt./Hr. Saída Local: 29/08/2017 18:02	Dt./Hr. Chegada Destino: 29/08/2017 18:27
	Dt./Hr. Saída Destino: 29/08/2017 18:28	Dt./Hr. Chegada Base: 29/08/2017 18:28

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Elencado pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
SULY MICHERLANE NASCIMENTO	29/08/2017 17:18		SULY MICHERLANE NASCIM
SULY MICHERLANE NASCIMENTO	29/08/2017 17:19	SULY MICHERLANE NASCIMENTO	EM FILA
JOSLEILSON DOS SANTOS	29/08/2017 17:28	JOSLEILSON DOS SANTOS	EM FILA
JOSLEILSON DOS SANTOS	29/08/2017 18:05	JOSLEILSON DOS SANTOS	EM FILA
JANINE DA SILVA LIMA DELLO	29/08/2017 18:25	JANINE DA SILVA LIMA DELLO	EM FILA

INTERNA

0408050217 / 5930 OK

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2483827 DATA: 29/08/2017 HORA: 18:28 USUÁRIO: EMERSON
CNS: 700809427831089 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MARIA DE FATIMA PEREIRA DOC.: CNS
IDADE: 54 ANOS NASC: 16/01/1963 SEXO: FEMININO
ENDERECO: BR 364 KM 55 RAMAL LINHA NOVA KM 35 NUMERO:
COMPLEMENTO: VEIO COM SAMU BAIRRO: COL. 3 IRMAOS
MUNICIPIO: BUJARI UF: AC CEP: 69900-000
NOME PAI/MAE: JESUS JOSE DA SILVA /MARIA DO ACRMO DA SILVA
RESPONSAVEL: A FILHA KATIUSCIA MARTA PEREIRA TEL: 99911-3599
PROCEDENCIA: TANCREDO NEVES
ATENDIMENTO: QUEDA DE ALTURA
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: / /

*parto com ptan d' tuer com onbre que d' p'che
o deupeder no lon. frum eden e mo R*

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

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] *do cubito por l'ota*

DIAGNOSTICO: *fratura cubito direito* CID:

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

*1) Rf pe d'eto de / 08/1/2017
2) D'clofren 100mg 2x
3) D'p'vona 100mg 2x*

DATA DA SAIDA: / / SAME / HCLRB HORA DA SAIDA: :
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

CONFORME ORIGINAL



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SAISUS - CNPJ: 63.602.940/0001-70

SOLICITAÇÃO DE EXAMES - S. A. D. T.

- ☒ H. FUNDHACRE ☐ C.I. DA MULHER
☐ H. DO IDOSO ☐ H.M.M. MONTE
☐ POLIC. TUCUMÃ ☐ CACON
☐ H. DA CRIANÇA

MATRÍCULA

Data Nasc.

Sexo M. ☐ F. ☐

Nome:

- ☒ Ambulatório ☐ Centro Cirúrgico ☐ UTI ☐ URGENTE

Clinica _____ Enfermaria/leito _____

O material só será colhido ou aceito se o formulário estiver preenchido por completo e com letra legível.

SUSPEITA CLÍNICA

Data dos Primeiros Sintomas _____

EXAMES SOLICITADOS

Ex sangue direto AP/p

Material _____

Material _____

Material _____

Material _____

Ex urina direto AP/p

Materiais Enviados

DATA

29.08.12

CRIM

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Assinatura do Médico

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

SR. PACIENTE A ROTINA DA COLETA FUNCIONARÁ DAS 7:00 ÀS 9:00 HORAS
DE 2ª A 6ª FEIRA NO HOSPITAL FUNDHACRE

DIREJA-SE A RECEPÇÃO DO LABORATÓRIO PARA MARCAÇÃO DE EXAMES ESPECIAIS OU PARA OBTENÇÃO DE OUTRAS INFORMAÇÕES

RETIRAR FRASCOS PARA URINA E FEZES DAS 09:00 ÀS 17:00 HORAS

ORIENTAÇÕES PARA COLETA DE EXAMES DE LABORATÓRIO

JEJUM

Estar em jejum significa não ingerir nenhum alimento líquido como sólido no período de 12:00 ou 14:00 h dependendo do tipo de exame, antes da coleta do material para realização do mesmo. Isto é necessário quando se coletar sangue para alguns tipos de exame (glicose, uréia, creatinina, sódio, potássio etc.). O jejum é importante para que os resultados de seus exames de sangue saiam corretos. Atenção MESMO EM JEJUM NÃO DEIXE TOMAR SEUS REMÉDIOS.



ACRE

VISÃO DE FUTURO.
GOVERNO DE TODOS.



INTOACRE

INSTITUTO DE TRAUMATOLOGIA
E ORTOPEQUIA DO ACRE

Nome: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Idade: 57 A

Exame :RM-COLUNA LOMBAR

Atendimento: 230555

Data: 18/05/2020

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA

Técnica:

Exame com aquisição de imagens em seqüências multiplanares com bobinas específicas, ponderadas em T1 e T2.

Relatório:

- Osteófitos marginais e anteriores.
- Alterações degenerativas envolvendo as articulações interfacetárias lombo-sacras.
- Desidratação dos discos intervertebrais lombares.
- Pedículos, facetas articulares e lâminas sem alterações.
- Cone medular ao nível de L1, sem alterações. Distribuição normal das raízes da cauda eqüina no interior do saco dural.
- Ligamento amarelo com espessura conservada.
- Musculatura para vertebral sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Espondiloartrose lombo-sacra.
- Desidratação dos discos intervertebrais lombares.

DRA. MÁIRA S. P. PARENTE

MÉDICA RADIOLOGISTA
CRM-AC 1502 RQE-AC 611

MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA



INTOACRE
INSTITUTO DE TRAUMATOLOGIA
E ORTOPEDIA DO ACRE

LAUDO DE RADIOGRAFIA

Paciente: MARIA DE FATIMA SILVA

Ident. 224212

Médico (Solicitante): Dr.(a) EDISIO C P FILHO

Data: 18/02/2020

Sexo: Feminino

Idade: 57a, 1m, 2d

Convênio: SUS SESACRE

RX- TORNOZELO E PE DIREITO

RELATÓRIO:

Alterações degenerativas incipientes envolvendo difusamente as articulações do pé e tornozelo direito.

Ausência de fratura, erosão ou destruição óssea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- ALTERAÇÕES DEGENERATIVAS INCIPIENTES ENVOLVENDO DIFUSAMENTE AS ARTICULAÇÕES DO PÉ E TORNOZELO DIREITO.

RIO BRANCO – AC, 26 de fevereiro de 2020

DRº MARCOS PARENTE
MÉDICO RADIOLOGISTA
CRM-AC 1482 RQE-AC 572

MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

Rodovia BR 364, KM 02

INTO – Instituto de Traumatologia e Ortopedia



INTOACRE
INSTITUTO DE TRAUMATOLOGIA
E ORTOPEDIA DO ACRE

LAUDO DE RADIOGRAFIA

Paciente: MARIA DE FATIMA PEREIRA

Ident. 146809

Médico (Solicitante): Dr.(a) J. LEONARDO CONTREIRAS Z.

Data: 24/08/2018

Sexo: Feminino

Idade: 55a, 7m, 8d

Convênio: SUS SESACRE

RX- TORNOZELO E PE DIREITO E ESQUERDO

RELATÓRIO:

Alterações degenerativas envolvendo as articulações interfalangeanas bilateralmente.

Ausência de fratura, erosão ou destruição óssea.

Calcificação linear junto à inserção do tendão do calcâneo bilateralmente.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- ARTROSE INTERFALANGEANA BILATERAL.
- ENTESOPATIA CÁLCICA DO CALCÂNEO BILATERAL.

RIO BRANCO – AC, 04 de setembro de 2018

DRº MARCOS PARENTE
MÉDICO RADIOLOGISTA
CRM-AC 1482 RQE-AC 572

MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

Rodovia BR 364, KM 02

INTO – Instituto de Traumatologia e Ortopedia





LAUDO DE RADIOGRAFIA

Paciente: MARIA DE FATIMA PEREIRA

Ident. 153783

Médico (Solicitante): Dr.(a) J. LEONARDO CONTREIRAS Z.

Data: 11/10/2018

Sexo: Feminino

Idade: 55a, 8m, 25d

Convênio: SUS SESACRE

RX-PE DIREITO

RELATÓRIO:

Alterações degenerativas envolvendo as articulações interfalangeanas.

Ausência de fratura, erosão ou destruição óssea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- ARTROSE INTERFALANGEANA.

RIO BRANCO – AC, 26 de outubro de 2018

DRº MARCOS PARENTE
MÉDICO RADIOLOGISTA
CRM-AC 1482 RQE-AC 572

MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

Rodovia BR 364, KM 02

INTO – Instituto de Traumatologia e Ortopedia



INTOACRE
INSTITUTO DE TRAUMATOLOGIA
E ORTOPEDIA DO ACRE



LAUDO DE RADIOGRAFIA

Paciente: MARIA DE FATIMA PEREIRA

Ident. 112685

Médico (Solicitante): Dr.(a) J. LEONARDO CONTREIRAS Z.

Data: 29/12/2017

Sexo: Feminino

Idade: 54a, 11m, 13d

Convênio: SUS SESACRE

RX-PE TORNOZELO DIREITO

RELATÓRIO:

Presença de tala engessada, prejudicando a avaliação.

Sinais de osteopenia difusa.

Alterações degenerativas envolvendo difusamente as articulações do pé direito.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- LAUDO DESCRITIVO.

RIO BRANCO – AC, 29 de março de 2018

DRº MARCOS PARENTE
MÉDICO RADIOLOGISTA
CRM-AC 1482 RQE-AC 572
MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

Rodovia BR 364, KM 02

INTO – Instituto de Traumatologia e Ortopedia



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

RECEITUÁRIO MÉDICO

mariz do fêmur peroneo

IDADE 54 ANOS

LAUDO MÉDICO

A cliente acima apresenta fratura do
osso cuboide do pé direito em período
de consolidação osseas Sem praticas de
2/da.

Cid S 92.2

DATA 18-12-77

Carimbo

ASSINATURA

Dr. Lauro (Carimbo)
Médico Ortopedia Traumatologia
CRM 584-1-77



HOSPITAL DAS CLÍNICAS

REGISTRO MÉDICO

Maria de Fátima Pereira

Idade 56 anos

Laudo médico

A cliente acima apresenta sequelas de fratura do osso cuboide por trauma com subluxação do tornozelo e indica para a fisioterapia motora sem paralisia de alta.

CID

S 92.2

T 92.8

T 93.5

DATA: 07-10-18

Assinatura Controlada
Lecyvia Contreiras
Osteófila Viana
CRM 584 - AC

ASSINATURA COM CARTÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: marci d fátima pereira

EPADZ 55 ANOS

LAUDO MÉDICO

O cliente acima apresenta fratura consolidada do colo do 2º, 3º e 4º metacarpo do pé direito e seqüela de lesão do ligamento Deltoide do tornozelo direito, atualmente com dificuldade para deambular encaminha a fisioterapia motora do pé e tornozelo.

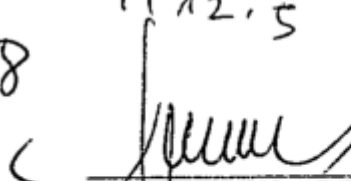
CIN

S 92.4

M 25.6

M 12.5

Rio Branco - Ac. 08/10/18


CARIMBO = ASSINATURA

Dr. Leonardo Lima
Médico Ortopedia Traumatologia
CRM - AC



NOME: On 212 1 f2 f1 m- p r e v o l u z

Trilob 56 nos de idub

✓ ACPD PERCO

A presente ruína apresenta sequelas
de fraturas dos dedos do pé direito
e sequelas da lesão ligamentar de tendi-
niz do tibio talar, calcaneotalar
e fibulotalar do pé direito difi-
cultando a deambulação e por de-
realizar trabalhos domésticos
na vez vez.

cin - \$ 92.4 \$ 92.4
 7 25.6 141.2
 7 12.5

Rio Branco - Ac~~1~~ 104129

Dr. J. Leonardo Paragás
Medico CRM 584 -
Ortopedia - Traumatología

CONFERMA E ASSINATA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMÍDO DE MELO

POLEGAR DIREITO

Maria de Fátima da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
217.867.122-53

Nome
MARIA DE FATIMA DA SILVA

Nascimento
16/01/1963

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 193.132
GERAL

DATA DE EXPEDIÇÃO
23/04/2018

NOME
MARIA DE FÁTIMA DA SILVA

PAI
JESUS JOSÉ DA SILVA
MARIA DO CARMO DA SILVA

NATALIDADE
RIO BRANCO-AC

DATA DE NASCIMENTO
16/01/1963

DOC. OFICIAL
CERT. CAS. C/ AVERB. N. 246 - LIV. B-1 - FLS. 120 - CARTÓRIO
1 SERV. XAPURI

217.867.122-53
2 VIA

BANCO NOROCCIDENTAL
DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

P 80

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200317466 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA DA SILVA **Data do acidente:** 29/08/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO CUBOIDE, 2º, 3º E 4º METATARSOS À DIREITA (PG 1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: @PG 13 LAUDO DR.J.LEONARDOCONTRERAS ZURITA, DE 11/04/19

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



**Seguro
DPVAT**
Seguradora Líder



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
Rua da Assembleia, 100 - 24 Andar - Edifício Citibank
Centro
Rio de Janeiro - RJ
20011-904



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient SEGURADORA LÍDER - DPVAT		TELEFONE / Phone Number SAC DPVAT 0800 0221204	
ENDEREÇO / Address RUA SENADOR DANTAS, Nº 74, 15º ANDAR - CENTRO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
20031-205	RIO DE JANEIRO	RJ	BRASIL

ATENDIMENTO





**Seguro
DPVAT**
Seguradora Líder

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



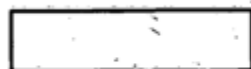
Twitter.com/dpvatoficial

blog: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
Maria de Fátima da Silva		(68) 99 292-1801	
ENDEREÇO / Address			
Rua São Francisco, 230 - Tancredo Neves			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
69921728	Rio Branco	AC	BR



RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn13)
☐ MUDOU-SE (Moved)	☐ FALCIDO (Deceased)	
☐ RECUSADO (Refused)	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)	
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)	
☐ NÃO PROCURADO (Untraced)	☐ OUTROS (Other)	
☐ AUSENTE (Absent)		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1. 1. 1. 2. 1. 1. 3. 1. 1. 1.		
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)		
☐ Reintegrado ao serviço postal em 1. 1.		
Data 1. 1. Responsável 1. 1. 1. 1.		

SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Maria de Fátima da Silva

DATA DO ACIDENTE 29.08.2017 POSSUI CPF ☐ SIM ☒ NÃO Nº CPF 217.867.122-53

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☒ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☒ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☒ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

889800545

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☒ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☒ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☒ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) _____

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador _____

E-mail JOHNANS 571@GMAIL.COM Tel. 49974-1598

Data 13-08-2017 Assinatura Maria de Fátima da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Correios

Atendente RONICLEY ARAÚJO DE OLIVEIRA Matrícula 85901989

Data: 13-08-2017 Assinatura: Ronicley Araújo de Oliveira

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0249612/20

Vítima: MARIA DE FATIMA DA SILVA

CPF: 217.867.122-53

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 29/08/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DE FATIMA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA DE FATIMA DA SILVA : 217.867.122-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/09/2020
Nome: MARIA DE FATIMA DA SILVA
CPF: 217.867.122-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2020
Nome: Rodrigo Lopes Pacheco
CPF: 127.603.687-69

MARIA DE FATIMA DA SILVA

Rodrigo Lopes Pacheco