

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

COMPREV S/A

COMPREV S/A

14 AGO 2019

Eu, Antônio Costa Trindade

RG nº 372209

data de expedição 20/09/2016

Órgão SS PIAC

portador do CPF nº 693 953 862-87

com domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de

AC

, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua 27 de Setembro

nº 221

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Maria Auxiliadora Lopes Rodrigues, cujo o condutor era

Antônio Costa Trindade

Veículo: Motorcycle Modelo: Honda CG 325 Fan V.S. Ano: 2011

Placa: NAB 4426 Chassi: 9C2JC4JJ0BR 798 370

Data do Acidente: 05/06/2018

Local e Data:

Rio Branco AC 14/8/19

Antônio Costa Trindade

Assinatura do Declarante

Antônio Costa Trindade

Assinatura do Condutor

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

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

Av. Getúlio Vargas, 1407 - Bairro 7 de Setembro - Rio Branco - AC - CEP: 69.010-100 - Fone: (0800) 022 12 06 - www.tj.ac.jus.br

RECONHECIMENTO

Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de: (1) ANTONIO COSTA TRINDADE
Rio Branco - AC, 14 de agosto de 2019. Selo: A20000A*JA / RECONHECIMENTO DE
FIRMA - Chave de Consulta: AF AF6 / Consulte o selo em: <https://selo.tj.ac.jus.br>
Total: R\$ 3,40.

LUCAS GABRIEL FERREIRA OLIVEIRA - Escrevente



MS/DATASUS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA SOBRAL

No. DO BE: 525787
CNS:DATA: 05/06/2018 HORA: 10:52
SETOR: 02-EMERGENCIA TRAUMATICA

USUARIO: SHEILA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES

DOC...: TRAZER SUS

IDADE.....: 39 ANOS NASC: 17/06/1978

SEXO...: FEMININO

ENDERECO.....: RUA 27 DE SETEMBRO

NUMERO: 221

COMPLEMENTO...: BAIRRO: BOA UNIAO

MUNICIPIO.....: RIO BRANCO

UF: AC

CEP....: -

NOME PAI/MAE...: DURVAL RODRIGUES DA COSTA

/FRANCISCA DAS CHAGAS LOPES RO

RESPONSAVEL...: A MESMA

TEL....: 9905-0911

PROCEDENCIA...: BOA UNIAO

ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO

CASO POLICIAL...: NAO

PLANO DE SAUDE....: NAO

TRAUMA: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [X] mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

*Acute trauma pelo Sem expostos lesões superficiais
- note repouso em 14h do acidente.*



ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Diluviana 100mg (14)
Diclofenaco 100mg (14)

11:05
Vilsonere.

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] EVASAO

[] 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

Kevin Springer Suzuki
MEDICO
CRM 1887-AC

05 JUN 2018

OK 0408020180-6523

| | | | |
|--|-------------------------------------|---|--|
| MS/DATASUS | | HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO | |
| No. DO BE: 2557610 | | DATA: 05/06/2018 | HORA: 12:36 |
| CNS: | | SETOR: 06-SALA DE GESSO | USUARIO: KHERLLY |
| IDENTIFICACAO DO PACIENTE | | | |
| NOME | : MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES | | DOC...: RG 33444 |
| IDADE | : 39 ANOS | NASC: 17/06/1978 | SEXO...: FEMININO |
| ENDereco | : RUA 27 DE SETEMBRO | | NUMERO: 221 |
| COMPLEMENTO | : BAIRRO: BOA UNIAO | | |
| MUNICIPIO | : RIO BRANCO | UF: AC | CEP...: 69900-000 |
| NOME PAI/MAE | : FRANCISCA DAS CHAGAS LOPES | /DURVAL RODRIGUES DA COSTA | |
| RESPONSAVEL | : A MESMA | TEL...: 999990011 | |
| PROCEDENCIA | : UPA-SOBRA | COMPREV VIGENCIA | |
| ATENDIMENTO | : ACIDENTE DE TRANSITO | 4 A30 2019 | |
| CASO POLICIAL | : NAO | PLANO DE SAUDE | : NAO TRAUMA: SIM |
| 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 [] | | | |
| SPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO | | | |
| DADOS CLINICOS: | | DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___ | |
| OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL] | | | |
| ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] | | | |
| DIAGNOSTICO: | | CID: | |
| PRESCRICAO | | HORARIO DA MEDICACAO | |
| MARCONDE OLIVEIRA SILVA FRM Ortopedia Traumatologia CRM AC 2103 | | | |
| DATA DA SAIDA: / / | | HORA DA SAIDA: : | |
| ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA | | | |
| [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO | | | |
| INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): | | | |
| TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): | | | |
| OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS | | [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOI | |
| ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL | | ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO | |



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

LAUDO MÉDICO

NOME: André Luiz da Silva

O paciente supracitado apresenta fratura de humerus
a partir de 09/06/18
ou há 09/06/18, tendo sido tratado com conservação

No momento, encontra-se em bom estado clínico

CID: 537.9

Dr. André Luiz da Silva
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia

Médico

Rio Branco - AC

09/07/18

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

RECEITUÁRIO MÉDICO

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

LADO Medio

Paciente: Mans Arxibadora lepra Rodrigues

Paciente com fratura no membro superior direito
 OS 16118
 (E) com consolidação.

Fratura consolidada.
 Refere dor em quadril
 (E) incapacitante. Não se fixa
 Se bem tolera. Inicial CID: M25.5

Carimbo
 Dr. Vinícius G. G. G.
 Ortopedista e Traumatologista
 CRM/AC: 1405 - TEOT: 1450
 ASSINATURA

DATA 2/8/19

LAUDO DE RADIOGRAFIA

Paciente: MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES

Ident. 20918

Médico (Solicitante): Dr.(a) ANTONIO C. DA CRUZ JUNIOR

Data: 22/02/2016

Sexo: Feminino

Idade: 37a, 8m, 5d

Convênio: SUS

RX-SEIOS DA FACE

RELATÓRIO:

Seios maxilares bem desenvolvidos, simétricos, com paredes íntegras e transparência normal.

Células etmoidais transparentes com septos intercelulares conservados.


Seio frontal bem desenvolvido, simétrico e com transparência normal.

Estruturas ósseas perisinusais íntegras.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- EXAME COMPATIVEL COM A NORMALIDADE.

RIO BRANCO – AC, 29 de fevereiro de 2016


Dr(a). DRA^o MAIRA SANTIAGO
CRM/AC C.R.M. 1502

Paciente: Maria Auxiliadora Lopes Rodrigues

Queixa: obstrução nasal

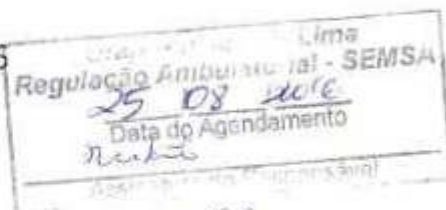
Médico solicitante: dr. Antonio Jr

Vídeo endoscopia nasal com ótica flexível:

- Fossa nasal direita: com cornetos hipertróficos e descorados, com coriza , e degeneração polipoide pequena em corneto médio;
- Fossa nasal esquerda: com cornetos hipertróficos e descorados, com coriza e possível degeneração polipóide em corneto médio;
- Septo: com desvio obstrutivo anterior para esquerda, não sendo possível progredir com ótica até cavum por este lado;
- Cavum: livre;
- Tubas auditivas livres.

Conclusão: hipertrofia de conchas, degeneração polipóide e desvio de septo nasal.

Data: 13/4/2016



25.08.2016

- pediu que pr. fosse a retorno
para Anexos no agendamento

Dra. Marion Yomura

Otorrinolaringologista

CRM AC. 1337

Paciente: Maria Auxiliadora Lopes Rodrigues

Queixa: obstrução nasal

Médico solicitante: dr. Antonio Jr

Vídeo endoscopia nasal com ótica flexível:

-Fossa nasal direita: com cornetos hipertróficos e descorados, com coriza , e degeneração polipoide pequena em corneto médio;

-Fossa nasal esquerda: com cornetos hipertróficos e descorados, com coriza e possível degeneração polipóide em corneto médio;

-Septo: com desvio obstrutivo anterior para esquerda, não sendo possível progredir com ótica até cavum por este lado;

-Cavum: livre;


-Tubas auditivas livres.

Conclusão: hipertrofia de conchas, degeneração polipóide e desvio de septo nasal.

Data: 13/4/2016

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------|---|--|--|
| SAMU 192 | | FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192 | | Data Emissão: 16/07/2018 Hora emissão: 08:52 Operador: |
| Nº da Ocorrência 1806050033 | Qtd. Vítimas: 1 | Dt/Hr Início: 05/05/2018 10:12 Dt/Hr Término: 05/05/2018 11:16 | Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr: COLISÃO | |

DADOS DA OCORRÊNCIA

| | |
|--|--|
| Nome Solicitante: FRANCISCO |  |
| End: R. DA SOBRAL | |
| Bairro: SOBRAL | |
| Cidade: RIO BRANCO | |
| CEP: | |
| Ponto de Referência: ENFRETE AO ARAUJO | |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
 Telefone do Solicitante: (68) 999834825
 Queixa: MOTO X MOTO

Origem da Ligação: VIA PUBLICA

VÍTIMAS

| | | | |
|--------------------|--|------------------|----------------|
| Vítima 1 | Nome: Paciente 1 MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES | Idade: 39 ANO(s) | Sexo: FEMININO |
| | Classificação: | CNS: | Documento: |
| | Endereço: | | |

...AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

| | | |
|-------------|--|-----------------------------|
| Vítima 1 | Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO | Data/Hora: 05/06/2018 11:13 |
| | Avaliação: EQUIPE NO LOCAL INFORMA PCTE VITIMA DE COLISAO DE MOTO COM MOTO PCTE REFERINDO APENAS LOMBALGIA MODERADA E ESCOREACOES | |
| Vítima 1 | Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA | Data/Hora: 05/06/2018 10:15 |
| | Avaliação: COLISÃO MOTO/MOTO.2 VITIMAA REF DOR NA PERNA | |
| Vítima 2 | Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO | Data/Hora: 05/06/2018 11:15 |
| | Avaliação: EQUIPE NO LOCAL INFORMA PCTE VITIMA DE COLISAO DE MOTO COM MOTO LOTE, EUPNEICO, DEAMBULANDO APENAS COM ESCOREACOES SINAIS DE FRATURAS | |

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

| | | | |
|-------------|---|-----------------------------|-------------|
| Vítima 1 | Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO | Data/Hora: 05/06/2018 11:16 | Situação: F |
| | Decisão: ENVIO DE VEÍCULO | | |
| | Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO | Data/Hora: 05/06/2018 11:16 | Situação: F |
| | Destino: UPA DA SOBRAL FRANCO SILVA | | |
| | Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO | Data/Hora: 05/06/2018 11:16 | Situação: F |
| | Intervenção: | | |
| Vítima 1 | Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO | Data/Hora: 05/06/2018 11:16 | Situação: F |
| | Decisão: ENVIO DE VEÍCULO | | |
| | Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO | Data/Hora: 05/06/2018 11:16 | Situação: F |
| | Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA | | |
| | Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO | Data/Hora: 05/06/2018 11:16 | Situação: F |
| | Intervenção: | | |
| | Observação: | | |

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

| | | | |
|----------|---|---|--|
| SEQ 1 | Veículo: USB 07 RBO | Data/Hora Envio Equipe: 05/06/2018 10:19 | |
| | Dt./Hr. Saída Base: 05/06/2018 10:19 | Dt./Hr. Chegada Local: 05/06/2018 10:29 | |
| | Dt./Hr. Saída Local: 05/06/2018 10:41 | Dt./Hr. Chegada Destino: 05/06/2018 10:44 | |
| | Dt./Hr. Saída Destino: 05/06/2018 10:44 | Dt./Hr. Chegada Base: | |

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

| Efetado pelo Profissional | Data / Hora | Origem | Destino |
|----------------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|
| LUCINEIDE OLIVEIRA PEREIRA | 05/06/2018 10:12 | | LUCINEIDE OLIVEIRA PEREIRA |
| LUCINEIDE OLIVEIRA PEREIRA | 05/06/2018 10:13 | LUCINEIDE OLIVEIRA PEREIRA | EM FILA |

| Elaboração pelo Profissional | Data / Hora | Origem | Destino |
|----------------------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA | 05/06/2018 10:22 | MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA | EM FILA |
| JANINE DA SILVA LIMA DELILO | 05/06/2018 11:13 | | JANINE DA SILVA LIMA DELILO |

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S/A
Rua Valério Magalhães 226 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.053.033/0001-70 | Ins. Estadual: 01.004.141.0001-48
Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica - São Paulo

Nº da Nota Fiscal 005106459

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi estabelecida pela Lei nº 10.036 de 28 de abril de 2002.

| CONTA MÊS | VENCIMENTO | CONSUMO (KWH) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------|------------|---------------|---------------------|
| JULHO/2019 | 19/07/2019 | 355 | 252,11 |

MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES
R. 27 DE SETEMBRO 221 CASA 01 30A UNIAO
CPF: 00050926209272
CEP: 69.911-762 - RIO BRANCO

ROT: 10.001.10.15.003335

| DADOS DA CONTA | | DADOS DA UNIDADE | |
|-----------------------------|-------|------------------|------------|
| Atual: | 1609 | Atual: | 12/07/2019 |
| Anterior: | 1254 | Anterior: | 12/06/2019 |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 | Próxima Leitura: | 13/08/2019 |
| Consumo Medido: | 355 | Emissão: | 11/07/2019 |
| Consumo Faturado: | 355 | Apresentação: | 12/07/2019 |

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: BIAS do Consumidor: 30

| Classificação | Ligação | Subscrição | Posto | Código Fiel | Média 12 meses |
|---------------------|-------------|------------|-------|-------------|----------------|
| RESID. BK. RENDA BI | BIF17216139 | | | 1.4.1.2 | 313 |

| HISTÓRICO KWH | DESCRIÇÃO DA CONTA |
|-----------------|-------------------------------------|
| Mês/ano consumo | |
| JUN/19 313 | CONSUMO 30 A R\$ 0,254257 = 7,62 |
| MAI/19 365 | 70 A R\$ 0,435866 = 30,51 |
| ABR/19 327 | 120 A R\$ 0,653785 = 78,45 |
| MAR/19 249 | 135 A R\$ 0,726434 = 98,06 |
| FEV/19 0 | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 9,55 |
| JAN/19 0 | DIFERENÇA DE TARIFA 74,14 |
| DEZ/18 0 | SUBVENCAO BAI(A RENDA 55,04 |
| NOV/18 0 | CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00 2,74 |
| OUT/18 0 | MULTA POR ATRASO 05/19-00 5,18 |
| SET/18 0 | JUROS DE MORA DE INPO 05/19-00 1,90 |
| | ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,57 |

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,168750
31 A 100 - 0,127500
101 A 200 - 0,105000
201 A 300 - 0,082500
301 A 400 - 0,060000
401 A 500 - 0,037500



MENSAGENS IMPORTANTES E REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Anc 06/2019 Valor R\$ 227,07 Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/2019, caso não pagamento por data prevista. Também é incluído no nome do consumidor na CENOM, caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

RESERVADO AO FISCO 6753.3B5A.AF22.1B52.1C9C.FE8C.A0B4.6CB0

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ | |
|---------------------------|-------|-------------------------|--------|
| Distribuição | 83,63 | Base de Cálculo | 288,78 |
| Energia | 99,20 | Alíquota ICMS 25,00% | 72,19 |
| Transmissão | 2,52 | Valor do ICMS | 0,40 |
| Encargos | 29,00 | Valor do PIS | 1,84 |
| Tributos | 74,43 | Valor do COFINS | |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE | | | | | | | |
|-----------------------------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|
| | DAC | PRC | DMC | DMC | | | |
| | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal |
| Limite | 11,72 | 23,44 | 46,89 | 1,54 | 11,09 | 11,18 | 6,05 |
| Atualizado | 0,00 | | | 0,00 | | | 0,00 |

Período de apuração 05/2019 Valor 93,69

TAQUARI

ROT: 10.001.10.15.003335

| SEU CÓDIGO | TOTAL A PAGAR - R\$ |
|--------------|---------------------|
| 0426176-3 | 252,11 |
| MÊS FATURADO | VENCIMENTO |
| 07/2019 | 19/07/2019 |

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S/A
Rua Valério Magalhães 226 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.053.033/0001-70 | Ins. Estadual: 01.004.141.0001-48

Nº da Nota Fiscal: 005106459 FCAH

33620000002 1 52110045000 1 00000000426 7 17630719008 0



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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Telefone DDD: 17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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: 3993 CONTA: 10153 6

(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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (vairaser)? ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Rio Branco, AC 14/08/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Telefone DDD: 17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Agência S/A

Nome do BANCO: 1 A AGO 2019 AGÊNCIA: 3993 CONTA: 10153 6 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (vairascer)? ☐ 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 rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, Rio Branco, AC 14/08/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 3ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 017277/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/06/2018 08:43 Data/Hora Fim: 13/06/2018 09:04
Origem: Polícia Judiciária Data: 13/06/2018
Delegado de Polícia: Ricardo Castelo Rodrigues Casas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: Delegacia de Polícia da 3ª Regional

Data/Hora do Fato: 05/06/2018 10:44

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: Estrada da Sobral
Complemento: Em frente a Rua das Mangueiras

Tipo do Local: Via Pública



Bairro: Sobral

Natureza

Meio(s) Empregado(s)

1223 - Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 - Caput - Veículo na Lei DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)

ENVOLVIDO(S)

Nome: ANTONIO COSTA TRINDADE (VITIMA COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 03/11/1960
Profissão: Fomeiro
Estado Civil: União Estável
Raça/Cor: Parda
Nome da Mãe: Maria José Costa Trindade Nome do Pai: Pedro Paulo Lustosa Trindade

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 372209
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 695.951.862-87

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: RUA 27 DE SETEMBRO Nº: 221
Bairro: BOA UNIÃO
Telefone: (68) 90949-1330 (Celular)

Nome: MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES (VITIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Feminino Nasc: 17/05/1978
Profissão: Motorista
Estado Civil: União Estável
Raça/Cor: Parda
Nome da Mãe: Francisca das Chagas Lopes Rodrigues Nome do Pai: Durval Rodrigues da Costa

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 333144
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 609.262.092-72

Endereço



Delegado de Polícia Civil: Ricardo Castelo Rodrigues Casas
Impresso por: Aline Conceição Rodrigues
Data de Impressão: 13/06/2018 09:04
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 017277/2018

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: RUA 27 DE SETEMBRO
Bairro: BOA UNIÃO
Telefone: (68) 99913-4392 (Celular)

Nº: 221

Nome: LUCIANO FIRMINO DOS SANTOS MORAIS (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: TV MARTE
Bairro: MONTANHES

Nº: 159

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**Grupo:** Veículo**Subgrupo:** Motocicleta/Motoneta**Placa:** NAG6141**Marca/Modelo:** YAMAHA FAZER 250 BLUE FLEX**Veículo Adulterado?** Não**Quantidade:** 1 Unidade**Situação:** Envolvido**Nome Envolvido****Envolvimentos**

Luciano Firmino dos Santos Moraes

Proprietário

Grupo: Veículo

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta**Placa:** NAB4426**Numero do Chassi:** 902JCC4110BR798370**Ano/Modelo Fabricação:** 2011/2011**Cor:** ROXA**Marca/Modelo:** HONDA/CG 125 FAN KS**Veículo Adulterado?** Não**Quantidade:** 1 Unidade**Situação:** Envolvido**Nome Envolvido****Envolvimentos**

Antonio Costa Trindade

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO


O COMUNICANTE COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA COMUNICAR O ACIDENTE DE TRANSITO SOFRIDO DE ACORDO COM O MESMO ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA COM A PASSAGEIRA, MARIA AUXILIADOR A LOPES RODRIGUES, QUANDO SINALIZOU PARA REALIZAR UMA MANOBRA PARA A ESQUERDA QUANDO FOI COLIDIDO POR OUTRA MOTOCICLETA. FOI ACIONADO A PERICIA DA POLICIA TECNICA, A PASSAGEIRA, FICOU LESIONADA E FOI CONDUZIDA A UPA E EM SEGUIDA PARA O PRONTO SOCORRO. DIANTE DOS FATOS PEDE-SE AS PROVIDENCIAS CABIVEIS.

ASSINATURAS


Aline Cordeiro Rodrigues
Responsável pelo Atendimento


Antonio Costa Trindade
(Vítima / Comunicante)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) (a) (a) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei, sob juramento, conforme previsto nos artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Crime do de Contravenção do Código Penal Brasileiro.


Ricardo Castelo R. Casas
Delegado de Polícia Civil



Delegado de Polícia Civil Ricardo Castelo Rodrigues Casas
Impresso por: Aline Cordeiro Rodrigues
Data de Impressão: 13/05/2018 09:04
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

DETRAN
ACRE

Povo
do Acre

Departamento Estadual de Trânsito

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

14740

NÚMERO FOLHA

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

Estação de Sobral N° 1651

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

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

Em frente a Rua dos Mangueiras

16 HORA DA OCORRÊNCIA

10:44

07 ZONA RURAL / URBANA

08 DATA

10/06/2018

09 DIA DA SEMANA

Terça

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

02 (dois)

15 N° DE VÍTIMAS

02 (dois)
SEM VÍTIMAS ☐
COM VÍTIMAS ☒

18 NOME CONDUTOR

Antonio Costa Trindade '99949-13301

17 SEXO

☒ M ☐ F

18 NASCIMENTO

03/11/1980

19 ENDEREÇO

Rua 27 de Sete Brs 221 - Boa Vista

20 1ª HABILITAÇÃO

19/10/2011

21 CATEGORIA

AB

22 PRONTUÁRIO

05331891799

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

☒ SIM ☐ NÃO

25 USAVA CINTO

☒ SIM ☐ NÃO

26 USAVA CAPACETE

☐ SIM ☐ NÃO

27 MARCA

Honda CG 125 Fan KS

28 ESPÉCIE

passageiro

29 PLACA

NAB 4426

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

Antonio Costa Trindade

34 CHASSIS

9C2JC4110BR798370

35 COMPARECEU NO POSTO

☐ SIM ☐ NÃO

36 AVARIAS

luzes traseiras, lâmpada piloto, buzina elétrica

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Baixo / Centro

40 AÇÃO DO CONDUTOR

Permaneceu no local

COMPREV PREVIDENCIA S/A

14 AGO 2019

PONTOS



41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

☐ SIM ☐ NÃO

42 NOME CONDUTOR

Luciano Firmiano dos Santos Moraes

45 ENDEREÇO

Travessa Mate 159 - Mateia

46 1ª HABILITAÇÃO

22/05/2007

47 CATEGORIA

A3

48 PRONTUÁRIO

04126340283

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

☒ SIM ☐ NÃO

51 USAVA CINTO

☒ SIM ☐ NÃO

52 USAVA CAPACETE

☐ SIM ☐ NÃO

53 MARCA

YAMAHA FAZER 150 plus flex

54 ESPÉCIE

passageiro

55 PLACA

NA6 6143

56 MUNICÍPIO

Rio Branco

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

Luciano Firmiano dos Santos Moraes

60 CHASSIS

9C6KG0490D0003133

61 COMPARECEU NO POSTO

☐ SIM ☐ NÃO

62 AVARIAS

conexão do tanque de gás descolado, buzina elétrica

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Baixo / Centro

66 AÇÃO DO CONDUTOR

Colocado a VPA da Sobral pelo Sema

PONTOS



67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

☐ SIM ☐ NÃO

68 NOME

Alessandra Souza da Silva

69 SEXO

☐ M ☒ F

70 NASCIMENTO

11/06/1988

71 ENDEREÇO

Coord. de Engenharia de Trânsito

CONFERE COM O ORIGINAL

73 ÓRGÃO EMISSOR

DETRANAC

75 NOME

Coord. de Engenharia de Trânsito

69 SEXO

☐ M ☒ F

77 NASCIMENTO

11/06/1988

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE N°

80 ÓRGÃO EMISSOR

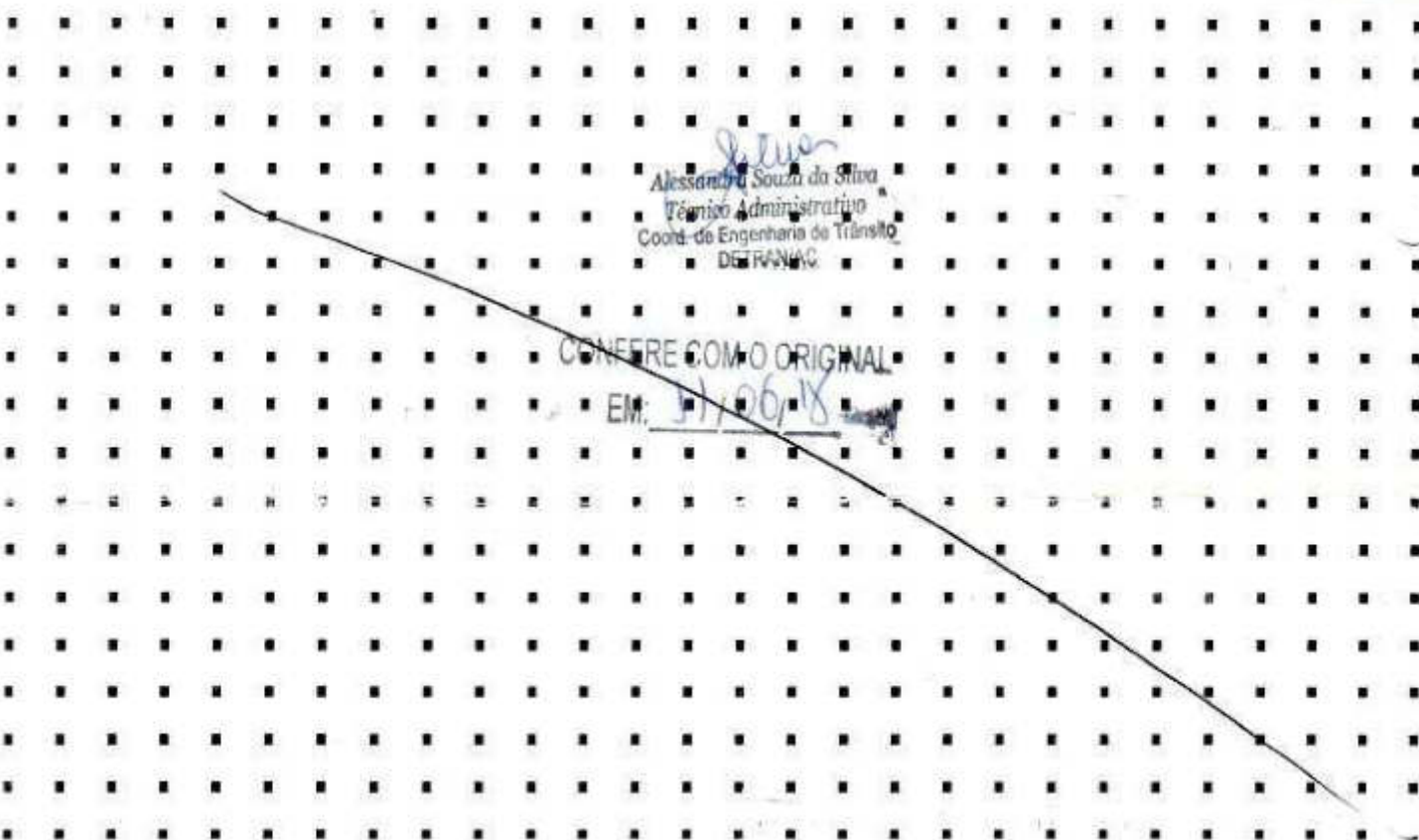
DETRANAC

81 UF

AC

| | | | | | | | | |
|---------|-----------------------|--|-------------------|--|---------------|--|--------------------------|------------|
| VITIMAS | 82 NOME | Luciano Firmiano dos Santos Moraes | | | 83 SEXO | M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | 84 NASCIMENTO | 24/11/1979 |
| | 85 ENDEREÇO | Travessa Mate 159 - Mata de | | | 86 FERIMENTOS | LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/> | 87 VIAJAVO NO VEICULO Nº | 2 |
| | 89 CONDIÇÃO DA VITIMA | CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5 | 90 CONDUZIDA PARA | | | UPA da Sobral pelo Samu | | |
| | 91 NOME | Mônica Auxiliadora Lopes Rodrigues | | | 92 SEXO | M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> | 93 NASCIMENTO | 17/06/1975 |
| | 94 ENDEREÇO | Rua 24 de setembro 221 - Boa Vista | | | 95 FERIMENTOS | LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/> | 96 VIAJAVO NO VEICULO Nº | 1 |
| | 98 CONDIÇÃO DA VITIMA | CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input checked="" type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5 | 99 CONDUZIDA PARA | | | UPA da Sobral pelo Samu | | |

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE



101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Informo que segundo o condutor V2, colidiu no V1 quando o mesmo manobrou para direita e segundo o V1 ele virou a esquerda quando o V2 colidiu nele.
Foi realizada a perícia pela Polícia Técnica.
Não houve acordo no local.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

| | | | | | |
|----------------|------------------------|----------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------------|
| 102 MOTORISTA | V1 | 103 MOTORISTA | V2 | 104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO | CB PM |
| 105 NOME | Antonio Costa Trindade | 106 NOME | Luciano Firmiano dos Santos Moraes | 107 NOME / RG | Danaila 3747 |
| 108 ASSINATURA | Antonio Costa Trindade | 109 ASSINATURA | | 110 ASSINATURA | |
| 111 LOCAL | Rio Branco - AC | | | 112 DATA | 05/06/2018 |

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190480133

Vítima: MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES

Data do Acidente: 05/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES

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, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190480133

Vítima: MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES

Data do Acidente: 05/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

| | |
|------------------|------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 843,75 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **341**

Agência: **000009893**

Conta: **0000010153-6**

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



ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 09893

CONTA: 000000010153-6

Autenticação:

82B1CB817667BB93DCC2A82D005A509A88599147B4C919A49F3330C9A2A9F915

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0279391/19

Vítima: MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES

CPF: 509.262.092-72

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 05/06/2018

Titular do CPF: MARIA AUXILIADORA
LOPES RODRIGUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES : 509.262.092-72

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: 14/08/2019
Nome: MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES
CPF: 509.262.092-72

MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2019
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190480133 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES **Data do acidente:** 05/06/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RAMO ÍSQUIO PÚBLICO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

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 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190480133 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES **Data do acidente:** 05/06/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RAMO ÍSQUIO PÚBLICO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

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 LEVE DO QUADRIL ESQUERDO.

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 |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um quadril | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0279391/19

Vítima: MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES

CPF: 509.262.092-72

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 05/06/2018

Titular do CPF: MARIA AUXILIADORA
LOPES RODRIGUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES : 509.262.092-72

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: 14/08/2019
Nome: MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES
CPF: 509.262.092-72

MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2019
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL Nº 333144 DATA DE EMISSÃO 02/10/2015

NOME MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES

FILIAÇÃO DORVAL RODRIGUES DA COSTA

FRANCISCA DAS CHAGAS LOPES RODRIGUES

NATURALIDADE RIO BRANCO - AC

DATA DE NASCIMENTO 07/06/1978

CERTIDÃO Nº 7499 FLS 86 LIV A-07

RIO BRANCO - AC

509.262.092-72

3 VIA

LEI Nº 7.115 DE 25/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMINIO DE MELO

Polegar Direito

Maria Auxiliadora Lopes Rodrigues

APRIL 1983

CARTeira DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV - IDENTIDADE S/A

1.º AGO 2018

PRESTIGIOLO