



## **DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 021 81 89** | SAC (para deficientes auditivos e de fala): **0800 022 12 06** | Central Ouvidente: **0800 021 91 35**

COMPREVIT INDÉNCIA S/A

TIÊN CÁ S/A

14 AGO 2019

Eu, Antônio Costa Trindade

RG nº 372209, data de expedição 30/09/2016

Órgão SST PIAC, portador do CPF nº 695 951 862-87,

com domicílio na cidade de *Rio Branco*, no Estado de

AGU , onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua 27 de Setembro, n° 225

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

Mario Andrade e Luiz Rodrigues, cujo o condutor era

## Antennae from Trinidad

Véículo: Motozueca - Modelo: Honda CG 125 Fan - Ano: 2013

Placa: V1A9 HHZ / Chassi: 9C2JCH110B8 798 330

Data do Acidente: 05/12/2012

— · — · —

Local e Data: RIO BRANCO ACRE 19/3/19

1910-1911

### Assinatura do Declarante

Antonio Costa Trinidade

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

ONATO DE NOTAS E 3º REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DE

**RECONHECIMENTO DE ASSINATURA**  
Reconheço a assinatura por AUTÉNTICA de: (D)ANTONIO COSTA TRINDADE  
Rio Branco-AC, 14 de agosto de 2049; Selos: A20000A3A / RECONHECIMENTO DE  
FIRMA - Chave de Consulta: AF AF6. Consultar o selo em: <https://sele.tjce.jus.br>  
Total: R\$ 3,40.

LICENCIATURA EN INGENIERIA CIVIL - ESTADISTICA

MS/DATASUS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA SOBRAL

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

## 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: [ ] RAIOS X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

## DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

COMPRAVISÃO / VIOLENCIA/A

14 AGOSTO 2018

PROTÓCOLO  
DA ENFERMAGEM

## ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

## DIAGNOSTICO:

CID:

## PRESCRICAO

## HORARIO DA MEDICACAO

Dihidro Furosemida 100 mg 11:00  
 Diclofenac 50 mg 11:00  
 Viloxamare.

## 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 USUARIO: KHERLLY  
CNS: SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES DOC...: RG 33144  
IDADE.....: 39 ANOS NASC: 17/06/1978 SEXO...: FEMININO  
ENDERECO....: RUA 27 DE SETEMBRO NUMERO: 221  
COMPLEMENTO...:  
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-SOBRAL  
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO  
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO 14 AGO 2018 TRAUMA: SIM  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

COMPRAV VIOLÊNCIA

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:

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Marcondes Oliveira Silva  
CRM Ortopedia Traumatologia  
CRM AC 2105

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:

O paciente supracitado apresenta

Pelvis \_\_\_\_\_ a partir de 05/06/18

ou há \_\_\_\_\_, tendo sido tratado com comprimidos.

No momento, encontra-se

CID:

737.0

Residência Médica de  
Ortopedia e Traumatologia  
Hosp. das Clínicas do Acre

Médico

Rio Branco - AC

04/07/18



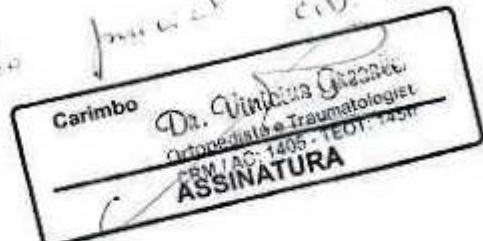
- H. FUNDHACRE
- H. DO IDOSO
- POLICLÍNICA TUCUMÃ
- H. DA CRIANÇA
- C.I. DA MULHER
- H. M. M. MONTE R
- CACON

## RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: Hano Anamnese: Acidentado Exame: lumbago Rx: Reflexos  
Painel: com Fratura: fratura no no isquiofíbula  
Data: 05/16/18 Rx: com reabilitação.

(1) Fratura com luxação.  
Rx: ferro dor em quiosque  
Data: 05/16/18

(2) luxação  
Rx: ferro dor em quiosque  
Data: 05/16/18



DATA 21/01/19



## 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<sup>o</sup> MAIRA SANTIAGO  
CRM/AC C.R.M. 1502

# Dra. Marion Yomura

Otorrinolaringologista

CRM-AC 1337

Paciente: Maria Auxiliadora Lopes Rodrigues

Queixa: obstrução nasal

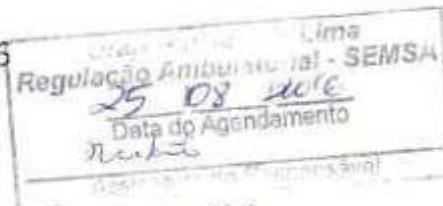
Médico solicitante: dr. Antonio Jr

## 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 conhas, degeneração polipóide e desvio de septo nasal.

Data: 13/4/2016



29.08.2016

pedir que pt. leve o retorno  
para Anatomia aquedonal

Rua Hugo Carneiro, 689 - Bosque - CEP: 69.900-550 - Rio Branco - AC

Tel.: (68) 3223-2005 / 8119-9178

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 conhas, degeneração polipóide e desvio de septo nasal.

Data: 13/4/2016

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Date Emissão: 16/07/2018 Hora emissão: 08:52 Operador:
Nº da Ocorrência <b>1806050033</b>	Otd. Vítimas <b>1</b>	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.: COLESCO	

#### DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante: FRANCISCO	End: R DA SOBRAL	Companhia: COMPREV S/A VIDÊNCIA S/A
Bairro: SOBRAL	Cidade: RIO BRANCO	14/05/2018
CEP:	Ponto de Referência: ENFRENTE AO ARAUJO	Protocolo

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS  
Telefone do Solicitante: (65) 999834825  
Quicixa: MOTO X MOTO

Origem da Ligação: VIÁ PÚBLICA

#### VÍTIMAS

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

## ...AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima <b>1</b>	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Avaliação: EQUIPE NO LOCAL INFORMA PCTE VITIMA DE COLISAO DE MOTO COM MOTO PCTE PCTE REFERINDO APENAS LOMBALGIA MODERADA E ESCOREACOES	Data/Hora: 05/06/2018 11:13
Vítima <b>1</b>	Profissional: MARIA DELCIDI A DE SOUZA DA CUNHA Avaliação: COLISÃO MOTO/MOTO,2 VITIMAS REF DOR NA PERNAS	Data/Hora: 05/06/2018 10:15
Vítima <b>2</b>	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Avaliação: EQUIPE NO LOCAL INFORMA PCTE VITIMA DE COLISAO DE MOTO COM MOTO IOTE, EUPNEICO, DEAMBULANDO APENAS COM ESCOREACOIS SINAIS DE FRATURAS	Data/Hora: 05/06/2018 11:15

## AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

### DECISÃO TÉCNICA

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

## CONCLUSÃO

### MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ <b>1</b>	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

Efetuado 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

Efetuação 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



SEU CÓDIGO

0426176-3

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
novo NOME

Nº da Nota Fiscal 005106459

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.COMPANHIA DE ELETROBRAZ DO ACRE S.A.  
Rua Valério Magalhães 226 - Boqueirão - Rio Branco - AC  
CNPJ 04.010.003/0001-70 | Inscrição 01.004.14.001-46  
Natura Rural - Conta de Energia Elétrica - Série UnicaCONTA MENSAL VENCIMENTO CONSUMO (KWH) TOTAL A PAGAR (R\$)  
JULHO/2019 19/07/2019 355 252,11MARIA 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 DE LEITURA		DATAS DA LEITURA
Atual:	1609	Atual: 12/07/2019
Aterior:	1254	Aterior: 12/06/2019
Consumo de Multiplicador:	1.000	Multiplo Leitura: 13/08/2019
Consumo Médio:	355	Emenda: 11/07/2019
Consumo Faturado:	355	Apresentação: 12/07/2019

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Bala do Consumo: 30

Classe/Subclasse	Ligação	Máximo Medidor	Ponto	Código FMI	Média 12 meses
RESID.BK.RENDA	BI	BIF17216139	1.4.1.2	313	

HISTÓRICO DE CONSUMO		DESCRIÇÃO DA CONTA	
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. ILUMINAÇÃO PÚBLICA ((051P)) 9,55	74,14
JAN/19	0	DIFERENÇA DE TARIFA 55,04	55,04
DEZ/18	0	SUBVENÇÃO BAI (A RENDA) 1,74	1,74
NOV/18	0	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 05/19-00 5,16	5,16
OUT/18	0	HULTA POR ATRASO 05/19-00 1,90	1,90
SET/18	0	JUROS DE MORA DE IMPO 05/19-00 DÉNCIA S/A	1,57
		ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	
		TARIFA SEM TRIBUTOS:	
		0,0 R 30 - 0,100000	
		0,0 R 100 - 0,107000	
		0,0 R 100 - 0,105000	
		0,0 R 100 - 0,103000	

14 AGO 2019

## MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Nes/Anc Valor R\$ Unidade consumidor sujeito a suspensão de fornecimento de energia elétrica e multa de 01/07/2019. O não pagamento por parte do consumidor é considerado faltoso e inclusive os ônus do consumo são de sua responsabilidade. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsidere este aviso.

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA		IMPOSTOS/TRIBUTOS	
Distribuidor:	83,63	Base de Cálculo:	288,78
Energia:	99,20	Alíquota ICMS:	25,00%
Transportador:	2,52	Valor do ICMS:	72,19
Encargos:	29,00	Valor do PIS:	0,14%
Tributos:	74,43	Valor do COFINS:	0,64% 1,84

## INDICAÇÕES DE CONTINUIDADE

	DEC	FIC	DMIC	DECIR
Manejo	Trimestral	Anual	Manejo	Trimestral
Límite	11,72	23,44	46,89	1,54 11,09 11,18 6,05
Acumulado	0,00		€,00	0,00

Prazo de apresentação: 05/2019 EMISSÃO: 93,69

Conta: TAQUARI

ROT: 10.001.10.15.003335

Eletrobras  
Distribuição Acre

SEU CÓDIGO 0426176-3 TOTAL A PAGAR - R\$ 252,11

MÊS FATURADO 07/2019 VENCIMENTO 19/07/2019

Nº da Nota Fiscal 005106459 FCAII

COMPANHIA DE ELETROBRAZ DO ACRE S.A.  
Rua Valério Magalhães 226 - Boqueirão - Rio Branco - AC  
CNPJ 04.010.003/0001-70 | Inscrição 01.004.11.001-48

# 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:

309.262.092-12 Maria Auxiliadora Lopes Rodrigues

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Maria Auxiliadora Lopes Rodrigues

6 - CPF: 509.262.092-12

7 - Profissão:

Nenista

8 - Endereço:

R. 24 de Setembro

9 - Número:

222

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Baa União

12 - Cidade:

Rio Branco

13 - Estado:

AC

14 - CEP:

69911-162

15 - E-mail:

7699913-4392

16 - Telefone:

## 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  
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

INDENIZAÇÃO S/A

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

AGÊNCIA: 9993

CONTA: 10153

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir 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) 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 (varíaser):

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

 Sim Não

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

RIO BRANCO, AC 14/08/2019

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (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:

309.262.092-12 Maria Auxiliadora Lopes Rodrigues

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Maria Auxiliadora Lopes Rodrigues

6 - CPF: 509.262.092-12

7 - Profissão:

Nenista

8 - Endereço:

R. 24 de Setembro

9 - Número:

222

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Baa União

12 - Cidade:

Rio Branco

13 - Estado:

AC

14 - CEP:

69911-162

15 - Telefone:

6899913-4392

DADOS CADASTRAIS

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 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ACIMA DE R\$5.000,0021 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

INDENIZAÇÃO S/A

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

AGÊNCIA: 9993

CONTA: 10153

AGÊNCIA:

CONTA:

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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:

 Sim Não

30 - Vítima deixou nascituro (varíaser):

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

 Sim Não

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.

NÃO ALFABETIZADO

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

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

40 - Local e Data,

RIO BRANCO, AC 14/08/2019

Maria Auxiliadora Lopes Rodrigues

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
PÓLICIA 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

Afeto: 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

Bairro: Sobral

Tipo do Local: Via Pública



Natureza:

Motor(s) Empregado(s)

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

EN VOLVIDO(S)

Nome: ANTONIO COSTA TRINDADE (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 03/11/1960

Profissão: Forno

Estado Civil: União Estável

Raça/Cor: Parda

Nome da Mãe: Maria Jose 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 (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Feminino Nasc: 17/06/1978

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: 509.262.092-72

Endereço

Delegado de Polícia Civil: Ricardo Castelo Rodrigues Casas

Página 1 de 3

Intressado por: Aline Cordeiro Rodrigues

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

Data de Impressão: 12/06/2018 07:04

Protocolo Nº: Não disponível



## 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 (SUPÓSTO 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

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Placa: NAB4426

Número do Chassi: 9G2JCC4110BR798370

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 LOPEZ RODRIGUES, QUANDO SINALIZOU PARA REALIZAR UMA MANOBRA PARA A ESQUERDA QUANDO FOI COLIDIDO POR OUTRA MOTOCICLETA. FOI ACONTECIDO A PERICIA DA POLICIA TÉCNICA. A PASSAGEIRA, FICOU LESIONADA E FOI CONDUZIDA A UPA E EM SEGUIDA PARA O PRONTO SOCORRO. DIANTE DOS FATOS PEDE-SE AS PROVIDENCIAS CABÍVEIS.

**ASSINATURAS**

Aline Cordeiro Rodrigues  
Responsável pelo Atendimento

Antonio Costa Trindade  
(Vítima / Comunicante)

Declaro para os efeitos da lei que sou o(a) responsável(a) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que sou devidamente ciente que responderá penalmente pelo preenchimento incorreto ou falso, conforme previsto nos Artigos 319-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa ou Crime de Contravenção ao Código Penal Brasileiro.

Ricardo Castelo R. Casas  
Delegado de Polícia Civil



**DETAN**  
**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  
*Sobral* n° 1651

03 MUNICÍPIO

*Res. Branca*

04 UF

*AC*

05 HORA DA OCORRÊNCIA

10:44

07 ZONA

RURAL / URBANA

08 DATA

10/01/2018

09 DIA DA SEMANA

Terça

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

*Em frente a Rua dos no que nas*

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

11 TIPO DE PAVIMENTO

1

COLISÃO

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

CHOQUE COM OBJETO FIXO

OUTRA (ESPECIFICAR)

ASFALTO

CONCRETO

PARALELIPÍPEDO

CASCALHO

TERRA

AREIA

OBRAS

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA

1

MOLHADO

3

OLEOSA

5

ENLAMEADA

7

DANIFICADA

9

GAROA

2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM

1

chuva

3

NEBLINA

5

GAROA

7

14 N. DE VEÍCULOS

02 (duas)

SEM VITIMAS

COM VITIMAS

16 NOME CONDUTOR

*Antônio Costa Trindade 99949-1330*

17 SEXO

M

F

18 NASCIMENTO

01/11/1980

19 ENDEREÇO

*Rua 27 de Setembro 221 - Bento Júnior*

20 1ª HABILITAÇÃO

191012011

21 CATEGORIA

AB

22 PRONTUÁRIO

05331891+99

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

1 SIM

1 NÃO

3

25 USAVA CINTO

1 SIM

1 NÃO

3

26 USAVA CAPACETE

1 SIM

1 NÃO

3

34 CHASSIS

9C2JG4110BR798370

35 COMPARECEU NO POSTO

NÃO

36 AVARIAS

*freio, parafuso, retrovisor e grades, na parte traseira, estavam soltos*

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Bento / centro

14 AGO 2019

40 AÇÃO DO CONDUTOR

*Permaneceu no local*

42 NOME CONDUTOR

*Luciano Firmino dos sete Marais*

45 ENDEREÇO

*Travessa Mate 159 - Mate Largo*

46 1ª HABILITAÇÃO

22/05/2007

47 CATEGORIA

A3

48 PRONTUÁRIO

04126340283

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

1 SIM

1 NÃO

3

51 USAVA CINTO

1 SIM

1 NÃO

3

52 USAVA CAPACETE

1 SIM

1 NÃO

3

53 MARCA

*YAMAHA FAZER 650 blue flex passageiro*

54 ESPÉCIE

55 PLACA

NA6 6141

56 MUNICÍPIO

*Res. Branca*

57 UF

*AC*

60 CHASSIS

9C6KG0490D0003133

59 ENDEREÇO

*Residência*

*na Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a Rua das sete Marais e a Rua das sete Marais*

*entre a*

82 NOME <i>Alessandro Souza da Silva</i>	83 SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	84 NASCIMENTO 21/4/11
85 ENDEREÇO <i>Travessa Mate 159 - Mata Lés</i>	86 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVA NO VEÍCULO N° <input checked="" type="checkbox"/> 2 SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
88 USAVA CINTO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	
90 CONDUZIDA PARA <i>UPA da sobral pelo samu</i>	91 NOME <i>Monicia Antunes Lopes Rodrigues</i>	92 SEXO <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F
93 NASCIMENTO 11/7/06	94 ENDEREÇO <i>Rua 27 de Sete Ios 221 - Bento Viana</i>	95 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>
96 VIAJAVA NO VEÍCULO N° <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	97 USAVA CINTO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input checked="" type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5
99 CONDUZIDA PARA <i>UPA da sobral pelo samu</i>	100 DIAGRAMA DO ACIDENTE	

  
 Alessandro Souza da Silva  
 Técnico Administrativo  
 Coord. de Engenharia de Trânsito  
 DETRAN/AC

CONFIRME COMO ORIGINAL  
 EM: 31/06/18

101 OBSERAÇÕES COMPLEMENTARES

*Informo que dependendo o dia da T. V2, colidiu na V1 quando a V2 realizava parada direta e quando o V1 ele via estribos p/ esquerda gerando a T. V2 colidiu com o V1  
 Foi realizada a perícia pelo setor de técnicos.  
 Não houve acidente no local.*

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA <i>V1</i>	103 MOTORISTA <i>V2</i>	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO <i>CB PM</i>
105 NOME <i>Alessandro Souza da Silva</i>	106 NOME <i>Alessandro Souza da Silva</i>	107 NOME / RG <i>Daraque 3747</i>
108 ASSINATURA <i>Alessandro Souza da Silva</i>	109 ASSINATURA <i>Alessandro Souza da Silva</i>	110 ASSINATURA <i>Alessandro Souza da Silva</i>
111 LOCAL <i>Rio Branco - AC</i>	112 DATA <i>05/06/2018</i>	

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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.**

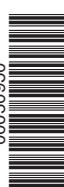
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# ITAU - 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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 05/06/2018

**Titular do CPF:** MARIA AUXILIADORA  
LOPES RODRIGUES

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES

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

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO RAMO ÍSQUIO PÚBICO 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

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO RAMO ÍSQUIO PÚBICO 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
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0279391/19

**Vítima:** MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES

**CPF:** 509.262.092-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 05/06/2018

**Titular do CPF:** MARIA AUXILIADORA  
LOPES RODRIGUES

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PRÉSTITO GERAL	333144	DATA DE EXPEDIÇÃO	07/10/2015
NOME	MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES	NATURALIDADE	DURVAL RODRIGUES DA COSTA
FILHO/A		DOC. ORIGEM	FRANCISCA DAS CHAGAS LOPES RODRIGUES
RIO BRANCO - AC		CERTO	07/06/1978
CEP/09 MASC 7499 FLS 86 UV A-07		3. VIA	07/06/1978
RIO BRANCO-AC		CBP	07/06/1978
509.262.092-72		ASSINATURA DO SINDICATO	IB N° 7116 DE 26/04/83
3. VIA		INSTITUTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
CARTEIRA DE IDENTIDADE			

