



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO  
ACRE  
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO  
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

**Dados Básicos**

|                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| Foro:               | Rio Branco           |
| Processo:           | 07156342720198010001 |
| Classe do Processo: | Petição              |
| Data/Hora:          | 23/10/2020 07:52:28  |

**Partes**

|              |                                              |
|--------------|----------------------------------------------|
| Solicitante: | Seguradora Líder dos<br>Consórcios DPVAT S/A |
|--------------|----------------------------------------------|

**Documentos**

|                  |                                              |
|------------------|----------------------------------------------|
| Petição:         | 2759815_CONTESTACAO_0<br>1 - 1-10.pdf        |
| Anexo - Petição: | 2759815_CONTESTACAO_A<br>nexo_02 - 1-10.pdf  |
| Anexo - Petição: | 2759815_CONTESTACAO_A<br>nexo_02 - 11-23.pdf |
| Anexo - Petição: | 2759815_CONTESTACAO_A<br>nexo_02 - 24-26.pdf |
| Anexo - Petição: | KIT_SEGURADORA_LIDER -<br>1-9.pdf            |
| Anexo - Petição: | KIT_SEGURADORA_LIDER -<br>10-18.pdf          |
| Anexo - Petição: | KIT_SEGURADORA_LIDER -<br>19-20.pdf          |

Nota: Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC

Processo: 07156342720198010001

**SÚMULA 474 STJ:** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### **CONTESTAÇÃO**

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

#### **BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **05/06/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **13/06/2018**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

#### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

#### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

#### **DO MÉRITO**

#### **DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR**

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup>[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

<sup>2</sup>[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

***“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”***

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

---

<sup>3</sup>“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **05/06/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>5</sup>.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

---

<sup>4</sup>RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

<sup>5</sup>**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>7</sup>.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

### **CONCLUSÃO**

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da

---

<sup>6</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>7</sup> art.

1º

(...)

**§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.**

prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono DIEGO PAULI, inscrito sob o nº 4550/AC, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 23 de outubro de 2020.

**DIEGO PAULI**  
**4550 - OAB/AC**

### **QUESITOS DA RÉ**

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

**Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.**



**TABELA DE GRADAÇÃO**

| Danos Corporais Previstos na Lei                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Total (100%)  | Intensa (75%) | Media (50%)  | Leve (25%)   | Residual (10%) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|--------------|--------------|----------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 13.500,00 | R\$ 10.125,00 | R\$ 6.750,00 | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.350,00   |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés                                                                                                                                                                                                                                           |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior                                                                                                                                                                                                                                 |               |               |              |              |                |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral                                                                                                                                                                                                                            |               |               |              |              |                |
| Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica                                                  |               |               |              |              |                |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | R\$ 9.450,00  | R\$ 7.087,50  | R\$ 4.725,00 | R\$ 2.362,50 | R\$ 945,00     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos                                                                                                                                                                                                                             |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores                                                                                                                                                                                                                                                  |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés                                                                                                                                                                                                                                                                 | R\$ 6.750,00  | R\$ 5.062,50  | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.687,50 | R\$ 675,00     |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho                                                                                                                                                                                                                |               |               |              |              |                |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar                                                                                                                                                                                                                                      | R\$ 3.375,00  | R\$ 2.531,25  | R\$ 1.687,50 | R\$ 843,75   | R\$ 337,50     |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo                                                                                                                                                                                                                                                       |               |               |              |              |                |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral                                                                                                                                                                                                                                       |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 1.350,00  | R\$ 1.012,50  | R\$ 675,00   | R\$ 337,50   | R\$ 135,00     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé                                                                                                                                                                                                                                                |               |               |              |              |                |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |               |              |              |                |

## **SUBSTABELECIMENTO**

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **DIEGO PAULI**, inscrito na OAB/AC sob o nº 4550, bem como, **LEILANE CLÉA CAMPOS DO NASCIMENTO ERICSON** inscrita sob nº 4139/AC, **CINTIA VIANA CALAZANS SALIM** inscrita sob nº 3554/AC, **GIOVAL LUIZ DE FARIAS JÚNIOR**, inscrito sob o nº OAB/AC 4608 e **MAYRA KELLY NAVARRO VILLASANTE** inscrita sob nº 3996/AC, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO**, nos autos do Processo nº 07156342720198010001.

Rio de Janeiro, 23 de outubro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AC 3988

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

## **CARTA DE PREPOSTO**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresa seguradora com sede à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, nomeia e constitui como PREPOSTOS(as) **Rafael Silva Nunes**, inscrita CPF sob nº 980.785.722-49, **Dauana de Freitas**, inscrita no CPF sob nº 555.216.222-65, **Thiago Maia Viana**, inscrito no CPF sob nº 015.840.422-41, **Gioval Luiz de Farias Júnior**, inscrito no CPF sob nº 947.976.092-49, **Tainan da Silva Mendes**, inscrita no CPF sob nº 017.895.762-37 e **Evandro Damaceno Stolaric**, inscrito no CPF sob nº 713.190.342-68, podendo os mesmos responderem nesta qualidade a todos os termos do Processo n. **07156342720198010001**, que tramita **4ª** VARA CÍVEL da comarca de **RIO BRANCO/AC**.

Rio de Janeiro, 23 de outubro de 2020.



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat S.A.

## 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 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: (081) 3222-1111 - E-mail: [registro@tj-ac.jus.br](mailto:registro@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 GARCIA - 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, sem trauma*  
*- note repouso em 14h do acidente*



ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*Diluviana 100mg (F)*  
*Diclofenaco 100mg (F)*

*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 VIGILANCIA                                |                                        |
| 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<br>FRM Ortopedia Traumatologia<br>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 de Azevedo Lopes

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

No momento, encontra-se em bom estado clínico

CID: 537.9

*[Stamp: Hospital das Clínicas do Acre - 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 Arribas lepra Robinson

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

Fratura consolidada.  
 Refere dor em quadril  
 (E) incapacitante. Numa f. 135  
 Se bem que o paciente já não

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

Paciente: Maria Auxiliadora Lopes Rodrigues

Queixa: obstrução nasal

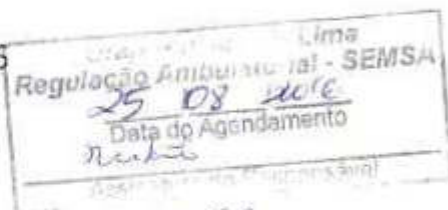
Médico solicitante: dr. Antonio Jr

## 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



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

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

|                                        |                                                                                    |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome Solicitante: FRANCISCO            |  |
| End: R. DA SOBRAL                      |                                                                                    |
| Bairro: SOBRAL                         |                                                                                    |
| Cidade: RIO BRANCO                     |                                                                                    |
| CIP:                                   |                                                                                    |
| 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<br><b>1</b> | Nome: Paciente 1 MARIA AUXILIADORA LOPES RODRIGUES | Idade: 39 ANO(s) | Sexo: FEMININO |
|                    | Classificação:                                     | CNS:             | Documento:     |
|                    | Endereço:                                          |                  |                |

### ...AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

|             |                                                                                                                                                  |                             |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Vítima<br>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<br>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<br>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<br>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 |
|             | Intercorrência:                           |                             |             |
| Vítima<br>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 |
|             | Intercorrência:                           |                             |             |
|             | Observação:                               |                             |             |

### CONCLUSÃO

#### MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

|          |                                         |                                           |  |
|----------|-----------------------------------------|-------------------------------------------|--|
| SEQ<br>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 10.438 de 24 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                    | DATA DA LEITURA             |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| 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: Bônus de Consumo: 30

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |         |              |       |             |                |
|------------------------------|---------|--------------|-------|-------------|----------------|
| Classificação                | Ligação | Substituição | Posto | Código Fiel | Média 12 meses |
| RESID. BK. RENDA BI          |         | BIF17216139  |       | 1.4.1.2     | 313            |

| HISTÓRICO KWH  | DESCRIÇÃO DA CONTA                  |
|----------------|-------------------------------------|
| Mês de 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 - 0,090000  
301 A 400 - 0,080000  
401 A 500 - 0,070000  
501 A 600 - 0,060000  
601 A 700 - 0,050000  
701 A 800 - 0,040000  
801 A 900 - 0,030000  
901 A 1000 - 0,020000



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      | 12,18 | 6,05   |
| Atualizado                  | 0,00    |            |       | 0,00                |            |       | 0,00   |
| Contando                    | TAQUARI |            |       | Período de apuração | 05/2019    | ELER  | 93,69  |

ROT: 10.001.10.15.003335





# 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)



# 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: 12/06/2018 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

Número 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

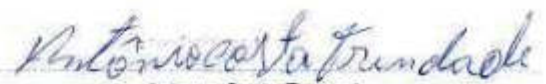
Proprietário

## RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA COMUNICAR O ACIDENTE DE TRÂNSITO 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 PERÍCIA DA POLÍCIA TÉCNICA. A PASSAGEIRA, FICOU LESIONADA E FOI CONDUZIDA A UPA E EM SEGUIDA PARA O PRONTO SOCORRO. DIANTE DOS FATOS PEDE-SE AS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS.

## ASSINATURAS

  
 Aline Cordeiro Rodrigues  
 Responsável pelo Atendimento

  
 Antonio Costa Trindade  
 (Vítima / Comunicante)

\*Declaro para os devidos fins de direito que sou (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 ☒

16 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*

VEÍCULO / CONDUTOR

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

*Antonio Costa Trindade*

34 CHASSIS

*9C2JC4110BR798370*

35 COMPARECEU NO POSTO

☐ SIM ☐ NÃO

36 AVARIAS

*lateral, parafuso, retrovisor esquerdo, dianteiro, e lateral*

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

*Baixo / Centro*

40 AÇÃO DO CONDUTOR

*Permaneceu no local*

COMPREV PREVIDENCIA S/A

14 AGO 2019

37 CARRO



39 MOTO



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, duto de gás, e parafuso de gás*

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

*Baixo / Centro*

66 AÇÃO DO CONDUTOR

*Colocado a VPA da Sobral pelo Samba*

63 CARRO



65 MOTO



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*

75 NOME

*Coord. de Engenharia de Trânsito*

78 ENDEREÇO

73 ÓRGÃO EMISSOR

*DETRANAC*

76 SEXO

☐ M ☒ F

77 NASCIMENTO

*11/06/1988*

79 IDENTIDADE N°

80 ÓRGÃO EMISSOR

*DETRANAC*

81 UF

*AC*

CONFERE COM O ORIGINAL

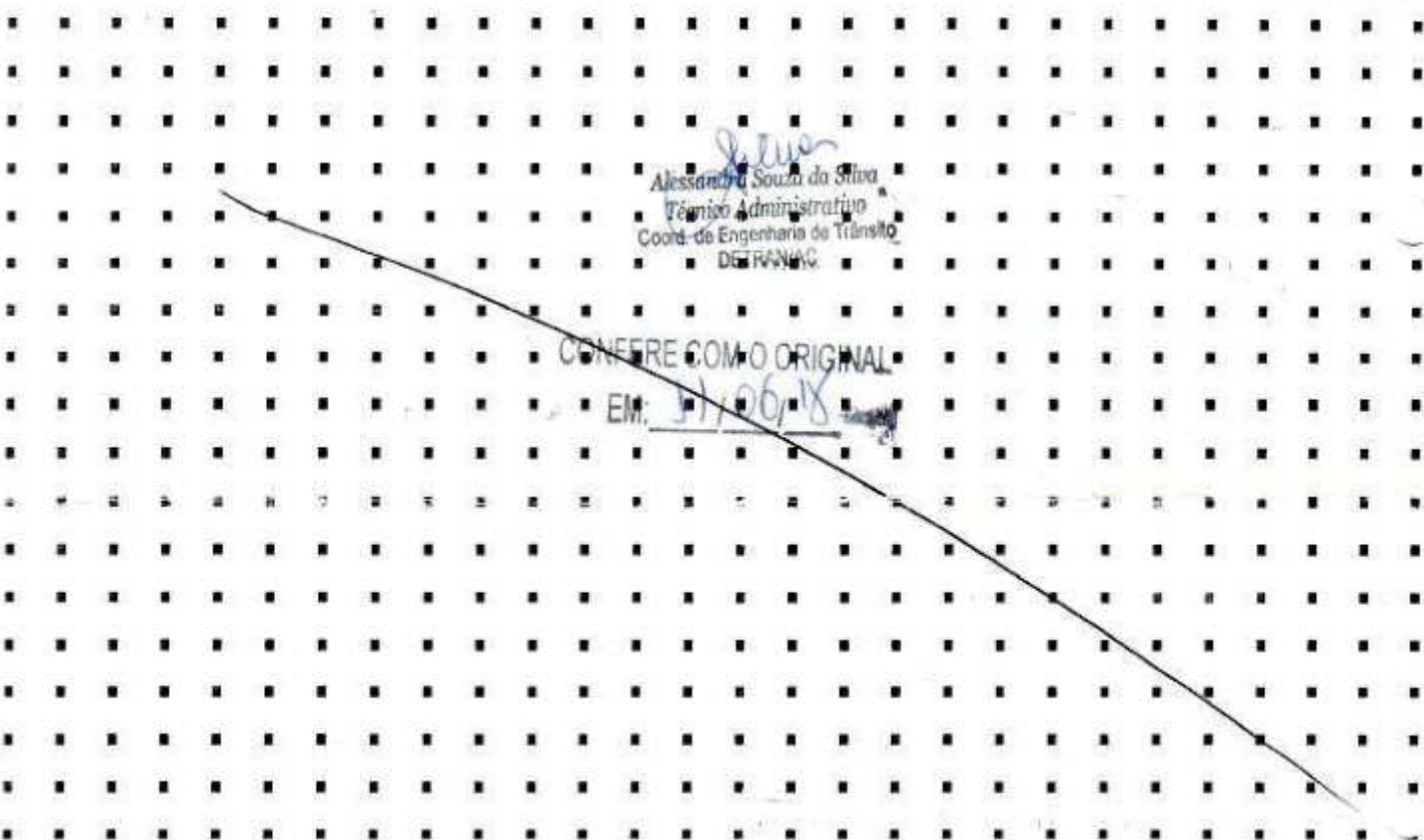
EM: 11/06/18

TESTEMUNHAS



|         |                       |                                                                                                                       |                   |  |               |                                                                                                |                          |            |
|---------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------|
| VÍTIMAS | 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 - Mataleis                                                                                          |                   |  | 86 FERIMENTOS | LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/> | 87 VIAJAVO NO VEÍCULO Nº | 2          |
|         | 89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA | 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 VEÍCULO Nº | 1          |
|         | 98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA | 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 tentava fazer uma manobra de ultrapassagem para a esquerda quando o V2 colidiu com ele. Foi realizada a perícia pelo técnico. 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](http://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](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

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](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

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

NATURALIDADE FRANCISCA DAS CHAGAS LOPES RODRIGUES

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 JERÔNIMO DE MELO

Polegar Direito

Maria Auxiliadora Lopes Rodrigues

APRIL 1983

CARTeira DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV - IDENTIDADE S/A

1.º AGO 2018

PRESTIGIOLO