

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 10 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190578025

Vítima: VALMIR ALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALMIR ALVES DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

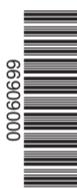
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 22 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190651841

Vítima: VALMIR ALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALMIR ALVES DOS SANTOS

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. 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, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190651841

Vítima: VALMIR ALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), VALMIR ALVES DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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. 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, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190651841 **Vítima: VALMIR ALVES DOS SANTOS**

Data do Acidente: 04/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALMIR ALVES DOS SANTOS

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: VALMIR ALVES DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000002278

Conta: 0000015331-1

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.

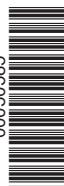
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 08 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190651841

Vítima: VALMIR ALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALMIR ALVES DOS SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 08/06/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: <i>435120032-49</i>	4 - Nome completo da vítima: <i>Tônio Belo de Santa</i>
----------------------------	---	--

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

5 - Nome completo: <i>Tônio Belo de Santa</i>	6 - CPF: <i>435120032-49</i>		
7 - Profissão: <i>Motorista</i>	8 - Endereço: <i>R. Maria Noite</i>	9 - Número: <i>57</i>	10 - Complemento: <i>Casa</i>
11 - Bairro: <i>Castelo Branco</i>	12 - Cidade: <i>Rio Branco</i>	13 - Estado: <i>AC</i>	14 - CEP: <i>69354-480</i>
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): <i>(68) 99387-5323</i>		

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: *2278* CONTA: *J5331* Dígito: *1*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **{assinalar uma das opções}**:

- Não há IML que atende 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nasceu <input type="checkbox"/> Faleceu?	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Rio Branco 08/10/2019
Tônio Belo de Santa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BOLETIM DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

0021460

NÚMERO FOLHA

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

ESTACIONAMENTO DO SUPERMERCADO ATACADÃO

03 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

04 UF

AC

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

06 HORÁRIA
DE FENÔMENO07 ZONA
RURAL / URBANA

08 DATA

01/01/1919

09 DIA DA SEMANA

QUARTA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM

CONCRETO

PARALELÓPEDO

CASCALHO

TERRA

AREIA

OUTRA (ESPECIFICAR)

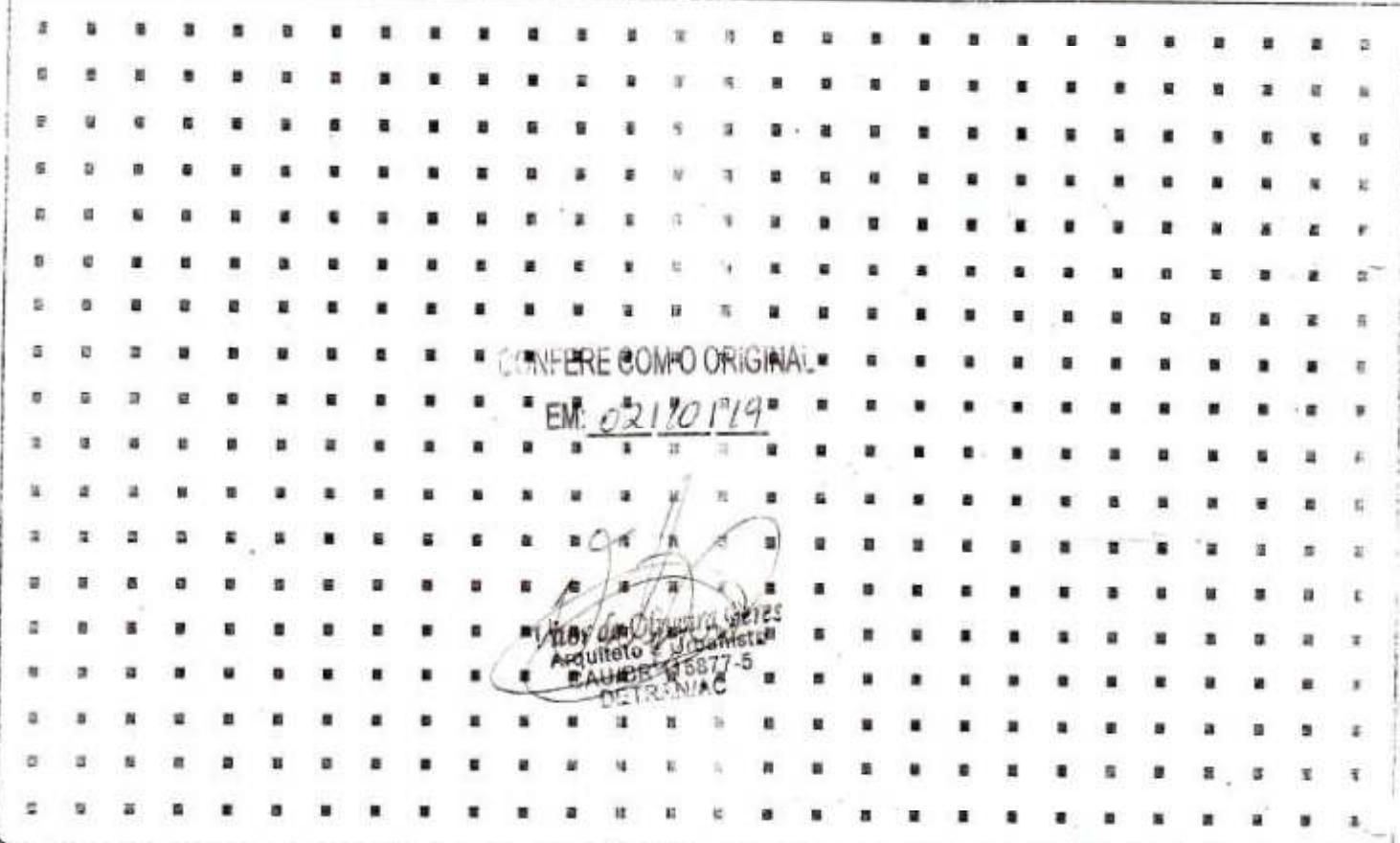
14 N.º DE VEÍCULOS

0 2

(DCI)

82 NOME PATRICIA LUCAS DE OLIVEIRA		83 SEXO <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	84 NASCIMENTO 10/01/1991
85 ENDERECO RUA MÁRCIA MARIA N° 57 - CALAFATE		86 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> 1 GRAVES <input type="checkbox"/> 2 FATAIS <input type="checkbox"/> 3	87 VIAJAVIA NO VEÍCULO N° <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2
88 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input checked="" type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5		89 CONDUZIDA PARA A UPA DA SOBRAL PELO SAMU	
91 NOME VALMIR ALVES DO SANTOS		92 SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	93 NASCIMENTO 11/05/1970
94 ENDERECO RUA MÁRCIA MARIA N° 57 - CALAFATE		95 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> 1 GRAVES <input type="checkbox"/> 2 FATAIS <input type="checkbox"/> 3	96 VIAJAVIA NO VEÍCULO N° <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2
98 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5		99 CONDUZIDA PARA A UPA DA SOBRAL PELO SAMU	

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE



101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES		AÇÃOANDO VIA CI-USP PARA PRENDER COLISÃO ENTRE VÉHICULOS OCASIONANDO VÍTIMAS. FOI CONSULTADO A VELOCIDADE DAS FATOES NO LOCAL. AS VÍTIMAS DO VI FORAM CONDUZIDAS A UPA DA SOBRAL PARA ATENDIMENTO MÉDICO. O SENHOR WILSON DANTAS DE OLIVEIRA, CPF: 028.312.552-22, FICOU RESPONSÁVEL PELA VI, O MESMO IDENTIFICOU-SE COMO T-RÁINHO DO PROPRIETÁRIO DA MOTO. CHEGADA AO LOCAL DA COLISÃO ÁS 15H00 E SAÍU ÁS 17H00. POLÍCIA TÉCNICA COM PARCELA OS LOCAL E REALIZOU OS PROCEDIMENTOS CADASTRAIS.
--------------------------------	--	--

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA VI	103 MOTORISTA V2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO Pon / BPTTRAN
105 NOME VALMIR ALVES DO SANTOS	106 NOME JEAN R. P. DA SILVA	107 NOME / RG RAPCHAN - 4262
108 ASSINATURA Impossibilitado	109 ASSINATURA LDM Recife 8. de Set	110 ASSINATURA GD
111 LOCAL Rio Branco - ACRE		112 DATA 09/10/19

BOLETIM DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

0021460

NÚMERO FOLHA

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

ESTACIONAMENTO DO SUPERMERCADO ATACADÃO

03 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

04 UF

AC

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

06 HORÁRIA
DE FENÔMENO07 ZONA
RURAL / URBANA

08 DATA

09 14/01/11

10 DIA DA SEMANA

QUARTA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

11 TIPO DE PAVIMENTO

- 1 ASFALTO
 2 CONCRETO
 3 PARALELÍPEDO
 4 CASCALHO
 5 TERRA
 6 AREIA

12 CONDIÇÕES DA VIA

- 1 SECA
 2 MOLHADO
 3 VLEOSA
 4 ENLAMEADA
 5 LAMIFICADA
 6 UGRAS

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

- 1 BOM
 2 CHUVA
 3 NEBLINA
 4 GAROA

14 N.º DE VEÍCULOS

2
 (DCIS)

15 N.º DE VITIMAS

2 (DUAS)
 SEM VITIMAS
 COM VITIMAS

VALMIR ALVES DO SANTOS

17 SEXO

18 NASCIMENTO

MASC.

15/05/74

Fone: 99723-4070

19 ENDEREÇO

RUA MÁRIO MAIA Nº 57 - CALAFATE

> 20 1ª HABILITAÇÃO
22/03/200221 CATEGORIA
AB22 PRONTUÁRIO
0226387996423 UF
AC24 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

M2U 3846

30 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

VALMIR ALVES DO SANTOS

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

9C2 JC4110 9R062903

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM NÃO

36 AVARIAS

PEQUENA MONTA

PONTOS

37 CARRO

=0 0

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

40 AÇÃO DO CONDUTOR

LEVADO A UPA DA JOBIRAZU PELO SAMU

PONTOS

38 MOTO

=0 0

42 NOME CONDUTOR

JEAN RICARDO PEREIRA DA SILVA

43 SEXO

MASC.

44 NASCIMENTO

12/10/39/31

45 ENDEREÇO

AV. MARIA JOSE DE OLIVEIRA Nº 1520 - UNIVERSITÁRIO

Fone: 99234-1462

> 46 1ª HABILITAÇÃO

30/04/2013

47 CATEGORIA

AB

48 PRONTUÁRIO

05771277025

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM NÃO

51 USAVA CINTO

SIM NÃO

52 USAVA CAPACETE

SIM NÃO

53 MARCA

FIAT SIENA ELX FLEX

24 ESPÉCIE

PASSAGEIRO

55 PLACA

M2T 7351

56 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

JEAN RICARDO PEREIRA DA SILVA

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

9AP17204LA 2086266

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM NÃO

62 AVARIAS

SETOR DINTINGINO L PARACAIMA

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

66 AÇÃO DO CONDUTOR

PERMANECIU NO LOCAL.

PONTOS

63 CARRO

=0 0

65 MOTO

=0 0

68 NOME

CONFERIR COM O ORIGINAL

69 SEXO

M F

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

EM. ORTHO 114

72 IDENTIDADE N.º

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

ATENÇÃO: O DOCUMENTO

ESTEVE AUTORIZADO

PRA TESTEMUNHA

82 NOME PATRICIA LUCAS DE OLIVEIRA		83 SEXO <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	84 NASCIMENTO 10/01/1991
85 ENDERECO RUA MÁRCIA MARIA N° 57 - CALAFATE		86 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> 1 GRAVES <input type="checkbox"/> 2 FATAIS <input type="checkbox"/> 3	87 VIAJAVA NO VEÍCULO N° <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2
88 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input checked="" type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5		89 CONDUZIDA PARA A UPA DA SOBRAL PELO SAMU	
91 NOME VALMIR ALVES DO SANTOS		92 SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	93 NASCIMENTO 11/05/1970
94 ENDERECO RUA MÁRCIA MARIA N° 57 - CALAFATE		95 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> 1 GRAVES <input type="checkbox"/> 2 FATAIS <input type="checkbox"/> 3	96 VIAJAVA NO VEÍCULO N° <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2
98 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5		99 CONDUZIDA PARA A UPA DA SOBRAL PELO SAMU	

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE



101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES		ACTIONADOS VIA CI-USP PARA PRENDER COLISÃO ENTRE VÉHICULOS OCASIONANDO VÍTIMAS. FOI CONSULTADA A VELOCIDADE DAS FATOES NO LOCAL. AS VÍTIMAS DO VI FORAM CONDUZIDAS A UPA DA SOBRAL PARA ATENDIMENTO MÉDICO. O SENHOR WILSON DANTAS DE OLIVEIRA, CPF: 028.312.552-22, FICOU RESPONSÁVEL PELA VI, O MESMO IDENTIFICOU-SE COMO T-RÁINHO DO PROPRIETÁRIO DA MOTO. CHEGADA AO LOCAL DA COLISÃO ÁS 15H00 E SAÍU ÁS 17H00. POLÍCIA TÉCNICA COM PARCELA OS LOCAL E REALIZOU OS PROCEDIMENTOS CADASTRAIS.
--------------------------------	--	--

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA VI	103 MOTORISTA V2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO Pon / BPTTRAN
105 NOME VALMIR ALVES DO SANTOS	106 NOME JEAN R. P. DA SILVA	107 NOME / RG RAPCHAN - 4262
108 ASSINATURA Impossibilitado	109 ASSINATURA LDM Recife 8. da elo	110 ASSINATURA GD
111 LOCAL Rio Branco - ACRE		112 DATA 09/10/19

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:

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

8 - Endereço:

12 - Cidade:

6 - CPF:

9 - Número:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel. (DDD):

10 - Complemento:

17 - Telefone:

18 - Celular:

19 - Telefone:

(68) 9939-7523

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):

Bradesco (237) Itaú (343)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2278

(Informar o dígito se existir)

013

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 nasceu/veio/aos? 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 Lider 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 é obrigatório)

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Rio Branco 09/06/2013
Johns Alves dos Santos

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: 435120032-49 3 - CPF da vítima: 435120032-49 4 - Nome completo da vítima: Nelson Cibus de Souza

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

5 - Nome completo: <u>Nelson Cibus de Souza</u>	6 - CPF: <u>435120032-49</u>		
7 - Profissão: <u>Rentor</u>	8 - Endereço: <u>R. Maria Maia</u>	9 - Número: <u>57</u>	10 - Complemento: <u>casa</u>
11 - Bairro: <u>Bela Vila Nova</u>	12 - Cidade: <u>Rio Branco</u>	13 - Estado: <u>AC</u>	14 - CEP: <u>69314-480</u>
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD): <u>(68) 3933975323</u>	

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237) Itaú (343)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2278

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 013

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasцturo (veinascer): Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avds vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem, nesta 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Rio Branco - 09/06/2013

Nelson Cibus de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALMIR ALVES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02278

CONTA: 000000015331-1

Nr. da Autenticação 6D6B82221D009C73

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Telmin Alves de Santos

RG nº 220733, data de expedição 27/03/13, Órgão SSP/AC,

CPF nº 435 320 032-43, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	R: Manoela
Número	57
Apto / Complemento	02
Bairro	Leila Cilicantora
Cidade	Rio Branco
Estado	AC
CEP	69314-480
Telefone de Contato	(69) 393875923 / (69) 398477280
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco, 08/10/2013.

Assinatura do Declarante: Telmin Alves de Santos



COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 - Boqueirão - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.065.233/0001-70 | Insc. Estadual: 01.004.141/001-48
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Unica

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0086710-1

Nº da Nota Fiscal: 001204012

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

CONSOLIDADO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

MAIO/2018

22/05/2018

177

135,36

NIRES LUCAS DE OLIVEIRA
R. MARIO MAIA 57 LELIA ALCANTARA
CPF: 00065955811249
CEP: 69.914-480 - RIO BRANCO

ROT: 11.001.11.01.002910

Abitr:	23202	Ajust:	15/05/2018
Anterior:	23025	Anterior:	17/04/2018
Constante da Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura:	14/06/2018
Consumo Medido:	177	Emissor:	14/05/2018
Consumo Faturado:	177	Apresentação:	15/05/2018

Forma de Faturamento: NORMAL Prazo de Pagto: Dias do Consumo: 28

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Pasta	Código Pct.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	7079616		1.1.1.1	194

DETALHAMENTO DE CONSUMO	
Mês/ano consumo	
ABR/18	211
MAR/18	214
FEV/18	179
JAN/18	197
DEZ/17	200
NOV/17	201
OUT/17	191
SET/17	234
AGO/17	191
JUL/17	176
TOTAL EM TRIBUTO:	0,00
0,00 - 0,00	0,00

MENSAGEM INFORMATIVA DE VENCIMENTO DE FATURA

Declaro que não existem débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12007/09).

LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28
Parabéns! Até o dia 14/05/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 8008.480B.FC66.E346.CBEC.0B4E.597D.48FA

CORRERAÇÃO MONETÁRIA		INFLAÇÃO - ÍNDICES - R\$	
Distribuição:	41,07	Bem de Cálculo:	125,19
Energia:	32,74	Alíquota ICMS:	25,00%
Transmissão:	1,09	Valor do ICMS:	31,29
Impostos:	16,32	Valor do PIS:	0,47
Tributos:	33,97	Valor da COFINS:	2,21

	DNC			PIC			DNIC			DICRI		
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	Mensal	Mensal	Mensal	Mensal
Último:	9,24	18,49	36,99	4,83	9,66	19,32	4,99					
Serviços:	2,45		2,00				1,47					
Conjunto: TANGARA								Período da apuração: 03/2018	VALOR: 68,52			

Nº/DATASUS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA SOBRAL



VISTO

N.º DO BEBÉ: 709728

DATA: 04/09/2019 HORA: 15:16 USUÁRIO: MARIA SILVEIRA
SETOR: 02-EMERGÊNCIA TRAUMÁTICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

SEXO...: VALMIR ALVES DOS SANTOS DOC...: CSUS
IDADE...: 45 ANOS NASC: 15/05/1974 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO...: RUA MARIO MAIA NÚMERO: 257
COMPLEMENTO...: BAIRRO: CALAFATE
MUNICÍPIO...: RIO BRANCO UF: AC CEP...:
NOME PAI/MAE...: JOSÉ ANTONIO DOS SANTOS /IRACIR FELIX DOS SANTOS
RESPONSÁVEL...: O PROPRIO TEL...: 97294882
PROCEDÊNCIA...: CALAFATE
AINDAMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
ATO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
CID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

SÍMPTOMAS CLÍNICOS:

Acidente de moto. Sofreu golpe na cabeça. DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _____/____/_____
Não tem outros queixa

NOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO: *laceras*.

CID:

PREScriÇÃO

HORÁRIO DA MEDICAÇÃO

*1) laceras 34
2) perna
3) braço x cotovelo*



15:20

15:20

HORA DA SAÍDA:

HORA DA SAÍDA:

SAÍDA: [] DECISÃO MÉDICA [] A PEDIDO [] EVASÃO

[] DESISTÊNCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAUDE):

MÓRTO: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS

[] FAMÍLIA [] IML [] ANAT. PATOL.

Levar o paciente para a UPA.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Revelo o seu hóspital de Acabocas C/ observação

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Novo Acre

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESACRE

UNIDADE:

UR4 Sítio da Sobral, Franco Silva
End. Estrada da Sobral SN
CNPJ: 04.034.526/0001-42

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Para: Heeb

Nome do Paciente: Valmer Alves dos Santos

Nome Social:

Hipótese diagnóstica: Traumatismo de Mão

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Atesto para os devidos fins: Por entendo o que

deve ser feito é que o paciente deve ser encaminhado para a unidade de pronto atendimento mais próxima em caso de urgência

Será devidamente encaminhado com
atendimento

DATA: 04/09/19

ASSINATURA

MED/DATASUS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA SOBRAL



VISTO

N. DO BEBÉ: 709728

DATA: 04/09/2019 HORA: 15:16 USUÁRIO: MARIA SILVEIRA
SETOR: 02-EMERGÊNCIA TRAUMÁTICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

SEXO...: VALMIR ALVES DOS SANTOS DOC...: CSUS
IDADE...: 45 ANOS NASC: 15/05/1974 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO...: RUA MARIO MAIA NÚMERO: 257
COMPLEMENTO...: BAIRRO: CALAFATE
MUNICÍPIO...: RIO BRANCO UF: AC CEP...:
NOME PAI/MAE...: JOSÉ ANTONIO DOS SANTOS /IRACIR FELIX DOS SANTOS
RESPONSÁVEL...: O PROPRIO TEL...: 97294882
PROCEDÊNCIA...: CALAFATE
AINDAMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
ATO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
CID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

SINTOMAS CLÍNICOS:

Agredido de moto, sofreu golpe na cabeça. DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _____/____/_____
não sofreu queima

NOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO: *lacerados*.

CID:

PREScriÇÃO

HORÁRIO DA MEDICAÇÃO

<i>1) lacerados</i>	<i>15:20</i>
<i>2) lesões</i>	<i>15:20</i>
<i>lacerado x outras</i>	

HORA DA SAÍDA:

HORA DA SAÍDA: / /
SAÍDA: [] DECISÃO MÉDICA [] A PEDIDO [] EVASÃO [] DESISTÊNCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITÓ: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS [] FAMÍLIA [] IML [] ANAT. PATOL.

lacerado sobre fechado em moto

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

revelo o seu hóspital de Acidente C/ observação

SAME / HUERS
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Novo Acre

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESACRE

UNIDADE:

UR4 Sítio da Sobra. Franco Silva
End. Estrada da Sobra SN
CNPJ: 04.034.526/0001-42

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Para: Heeb

Nome do Paciente: Valmer Alves dos Santos

Nome Social:

Hipótese diagnóstica: Traumatismo de Mão

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Atesto para os devidos fins: Por entendo o que

de dentro da mao é jeju a gasa em
outro. Qualido Recuperação
descrever em cima de dous

Será de Acabado e conclusivo c/
otro dentro

DATA: 04/09/19

ASSINATURA



Dra. Beisabeth Sanchez Perez

MEDICA DA FAMILIA / CRM - AC 2140

Receituário

Nome: Valmor Alves Do Santos

Idade: _____ Peso: _____ Data: _____

Paciente acima supracitado sofreu
acidente de moto no dia 4/09/2019.
com diagnóstico de FRATURA clavéloproximal
(D). Fendo submetido a tratamento
conservador. Evoluindo com limitação
funcional severa na abdução - flexão
e rotação do ombro, e perda da força
muscular. E por tanto piorador de
sequela definitiva e da alta médica.
(ombro (D) 75%)

Dra. Beisabeth Sanchez Perez
CRM - AC 2140

Rio Branco-Acre, 12 de Novembro de 2019

Dra. Beisabeth Sanchez Perez
CRM - AC 2140



LAUDO MÉDICO

CNPJ: 33.897.077/0001-65
B. S. PEREZ - ME
P/R Minas Gerais 858-B Preventório
RIO BRANCO
CEP: 69.900-129

Para os devidos fins, atesto que
o paciente Valmíe Alves do Santos de ^{AC}
46 anos, sofreu acidente de trânsito, no
dia 07/09/2019, com diagnósticos de FRATURA
rimos proxima (D), subluxação -no ombro (D)
com aumento de volumes ombro (D) e Região
escapular (D), com perda da força do ombro (D)
por erômes, limitação Funcional Severa na
flexão - extensão e abdução do ombro (90%).
Foi submetido a tratamento conservador - De alta
agora e já para tanto partidor de sequelas
definitivas

Ombro Direito 75%

Dra. Beisabeth Sanchez Perez
CRM-AC 2140

Rio Branco -ACRE 26 de 05 2020

Dra. Beisabeth Sanchez Perez

CRM 2140



PEDIDO DE REANÁLISE E REALIZAÇÃO DE PERICIA MÉDICA

À

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Processo N°: 3130651841

Vitima: Edmílson Alves dos Santos

Natureza: INVALIDEZ

Prezados Senhores

Referente ao processo administrativo DPVAT por invalidez permanente acima mencionado, venho através deste, solicitar que o processo seja re-analisado em virtude de a indenização ter sido paga apenas o valor de 2531,25 com a devida constatação de lesões e sequelas existentes.

Por este motivo, solicito que seja realizada perícia médica por parte da Seguradora Líder, em data a ser definida por V. Sas., tendo em vista que ao pagamento da indenização faz-se pouco provável em face das graduações estabelecidas pela tabela anexa a Lei 6.194/74, inclusa pela Lei 11.945/09, em comparação com as graves lesões decorrentes do acidente conforme documentação médica anexa, em que consta toda evolução e acompanhamento médico submetido.

Contanto com a habitual atenção de V. Sas., coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários referente ao sinistro, através do telefone

(68) 999375323

Edmílson Alves dos Santos

Rio Branco/AC 02 de Junho de 2020:

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411014/19

Número do Sinistro: 3190651841

Vítima: VALMIR ALVES DOS SANTOS

CPF: 435.120.032-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/09/2019

Titular do CPF: VALMIR ALVES DOS SANTOS

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/06/2020
Nome: VALMIR ALVES DOS SANTOS
CPF: 435.120.032-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/06/2020
Nome: MAIRLA LIMA DE SOUZA
CPF: 025.424.522-61

VALMIR ALVES DOS SANTOS

MAIRLA LIMA DE SOUZA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411014/19

Vítima: VALMIR ALVES DOS SANTOS

CPF: 435.120.032-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/09/2019

Titular do CPF: VALMIR ALVES DOS SANTOS

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VALMIR ALVES DOS SANTOS : 435.120.032-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/11/2019
Nome: VALMIR ALVES DOS SANTOS
CPF: 435.120.032-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

VALMIR ALVES DOS SANTOS

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190651841 **Cidade:** Rio Branco
Vítima: VALMIR ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/09/2019
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL. (DIREITO)

Descrição do exame EVOLUI COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL SEVERA NA ABDUÇÃO FLEXÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO,
físico: HIPOTROFIA DO MÚSCULO DELTOIDE E COM PERCA DA FORÇA MUSCULAR E DOR CRÔNICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADO
SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/11/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais EM OMBRO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25