



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

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

Dados Básicos

Foro:	Rio Branco
Processo:	07091401520208010001
Classe do Processo:	Petição
Data/Hora:	02/12/2020 16:07:14

Partes

Solicitante:	Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A
--------------	--

Documentos

Petição:	2770913_CONTESTACAO_0 1 - 1-11.pdf
Anexo - Petição:	2770913_CONTESTACAO_A nexo_02 - 1-14.pdf
Anexo - Petição:	2770913_CONTESTACAO_A nexo_02 - 15-23.pdf
Anexo - Petição:	2770913_CONTESTACAO_A nexo_02 - 24-26.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 1-9.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 10-18.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 19-20.pdf

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



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

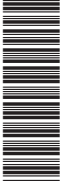
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

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



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.

fls. 61

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.

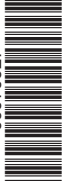
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01253/01254 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 15153987

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO LIMA PAULI e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 02/12/2020 às 16:07, sob o número WEB120700670360. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0709140-15.2020.8.01.0001 e código 27C6AA9.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

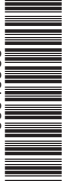
Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 08/06/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01931/01932 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 15841466

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:

435120032-49

Admir César de Souza

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

5 - Nome completo:

Admir César de Souza

6 - CPF:

435120032-49

7 - Profissão:

Reitor

8 - Endereço:

R. Maria Hele

9 - Número:

57

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Luzia Beltrona

12 - Cidade:

Pio Branco

13 - Estado:

PC

14 - CEP:

68954-480

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(68) 993875323

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 (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2278

09

CONTA: 35331

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

00

CONTA:

00

(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 (a nascer)? ☐ 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:

Pio Branco 08/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DETRAN
ACRE

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

Novo Acre

Quilômetro por hora em movimento

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAF

0021460

NÚMERO FOLHA

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

ESTACIONAMENTO DO SUPERMERCADO ATACADA

03 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

04 UF

AC

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

06 HORA DA OCORRÊNCIA

14:32

07 ZONA RURAL / URBANA

☒ URBANA

08 DATA

10/09/19

09 DIA DA SEMANA

QUARTA

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

ICEOSA

☐ 5

ENLAMEADA

☐ 7

LANIFICADA

☐ 9

OUBRAS

☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM

☒ 1

CHUVA

☐ 3

NEBLINA

☐ 5

GAROA

☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

02

(DOIS)

15 Nº DE VÍTIMAS

02 (DUAS)

SEM VÍTIMAS

COM VÍTIMAS

17 SEXO

MASC.

18 NASCIMENTO

15/05/74

19 ENDEREÇO

RUA MARIA MARIA Nº 57 - CALAFATE

FONE: 9923-4070

20 1ª HABILITAÇÃO

22/03/2002

21 CATEGORIA

AB

22 PRONTUÁRIO

02263879864

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

27 MARCA

HONDA

28 ESPÉCIE

PASSEIRO

29 PLACA

MZU 3746

30 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

VALMIR ALVES DO SANTOS

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

9C2JC411092062903

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☐

36 AVARIAS

PEQUENA MANTA

37 CARRO

☒

38 MOTO

☒

40 AÇÃO DO CONDUTOR

LEVADO A CPA DA JOBRAI PELO SAMU

41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

BAF

42 NOME CONDUTOR

JEAN RICARDO PEREIRA DA SILVA

43 SEXO

MASC.

44 NASCIMENTO

12/10/93

45 ENDEREÇO

AV. MARIA JOSE DE OLIVEIRA Nº 1520 - UNIVERSITÁRIO

FONE: 99234-1462

46 1ª HABILITAÇÃO

30/04/2013

47 CATEGORIA

AB

48 PRONTUÁRIO

05771277035

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

53 MARCA

FIAT

54 ESPÉCIE

PASSEIRO

55 PLACA

MZT 7351

56 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

JEAN RICARDO PEREIRA DA SILVA

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

8AP17204LA2086266

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☒

NÃO ☐

62 AVARIAS

SETOR DIANTEIRO L PARACHOVES

63 CARRO

☒

65 MOTO

☒

66 AÇÃO DO CONDUTOR

PERMANECER NO LOCAL

67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

BAF

68 NOME

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

TESTEMUNHAS

CONFERE COM O ORIGINAL

EM 02/10/19

Assinado digitalmente por DIEGO LIMA PAULI e Tribunal de Justiça do Acre, protocolado em 02/12/2020 às 16:07, sob o número WEB120700670360. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0709140-15.2020.8.01.0001 e código 27C6AA9.

VITIMAS	82 NOME PATRICIA LUCAS DE OLIVEIRA	83 SEXO M ☐ F ☒	84 NASCIMENTO 10/11/1991
	85 ENDEREÇO RUA MARIO MAIA Nº 57 - CALAFATE	86 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	87 VIAJAVIA NO VEICULO Nº 1
	88 USAVA CINTO SIM ☐ NÃO ☒	89 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR ☐ 1 PASSAG ☒ 3 PEDESTRE ☐ 5	
	90 CONDUZIDA PARA A UPA DA SOBRAAL PELA SAMU		
VITIMAS	91 NOME VALMIR ALVES DE SANTOS	92 SEXO M ☒ F ☐	93 NASCIMENTO 15/05/1971
	94 ENDEREÇO RUA MARIO MAIA Nº 57 - CALAFATE	95 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	96 VIAJAVIA NO VEICULO Nº 1
	97 USAVA CINTO SIM ☐ NÃO ☒	98 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR ☒ 1 PASSAG ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5	
	99 CONDUZIDA PARA A UPA DA SOBRAAL PELA SAMU		

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

CONFERE COMO ORIGINAL

EM: 02/10/19


 Diego Lima Pauli
 Arquiteto e Urbanista
 CAUBR 15877-5
 DETRAN/AC

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

ACIONADOS VIA CIUSP PARA ATENDER COLISÃO ENTRE
 VEÍCULOS OCACIONANDO VITIMAS. FOI CONFIRMADA A VERACIDADE DAS FATOS NO
 LOCAL. AS VITIMAS DO VI FORAM CONDUZIDAS A UPA DA SOBRAAL PARA ATEN-
 DIMENTO MÉDICO. O SENHOR: WILSON SANTOS DE OLIVEIRA, CPF: 028.312.
 552-22, FICOU RESPONSÁVEL PELA VI, A MESMA IDENTIFICANDO-SE COMO
 SOBRINHO DO PROPRIETÁRIO DA MOTO. CHEGADA AO LOCAL DA COLISÃO ÀS 15H00
 E SAÍDA ÀS 17H00. PERÍCIA TÉCNICA COM PARCELO AO LOCAL E REALI-
 ZAR AS PROCEDIMENTOS CABÍVEIS.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA V1	103 MOTORISTA V2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO Pm 18PTTRAN
105 NOME VALMIR ALVES DE SANTOS	106 NOME JEAN R. P. DA SILVA	107 NOME / RG RAPCHAN - 4262
108 ASSINATURA IMPOSSIBILITADO	109 ASSINATURA com Ruben S. da Silva	110 ASSINATURA CD
111 LOCAL RIO BRANCO - ACRE		112 DATA 04/09/19

DETRAN
ACRE

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

Novo Acre

Quem pensa, não engana

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAF

0021460

NÚMERO FOLHA

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

ESTACIONAMENTO DO SUPERMERCADO ATACADA

03 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

04 UF

AC

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

06 HORA DA OCORRÊNCIA

4:32

07 ZONA RURAL / URBANA

☒ URBANA

08 DATA

10/09/19

09 DIA DA SEMANA

QUARTA

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

ICEOSA

☐ 5

ENLAMEADA

☐ 7

LANIFICADA

☐ 9

OUTRAS

☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM

☒ 1

CHUVA

☐ 3

NEBLINA

☐ 5

GAROA

☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

02

(DOIS)

15 Nº DE VÍTIMAS

02 (DUAS)

SEM VÍTIMAS

COM VÍTIMAS

17 SEXO

MASC.

18 NASCIMENTO

15/05/74

19 ENDEREÇO

RUA MARIA MARIA Nº 57 - CALAFATE

FONE: 9923-4070

20 1ª HABILITAÇÃO

22/03/2002

21 CATEGORIA

AB

22 PRONTUÁRIO

02263879864

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

27 MARCA

HONDA

28 ESPÉCIE

PASSEIRO

29 PLACA

MZU 3746

30 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

VALMIR ALVES DO SANTOS

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

9C2JC411092062903

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☐

36 AVARIAS

PEQUENA MANTA

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

40 AÇÃO DO CONDUTOR

LEVADO A UPA DA JOBRAI PELO SAMU

PONTOS

37 CARRO

☒ 1

38 MOTO

☒ 1

41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

BAF

SIM ☐ NÃO ☐

42 NOME CONDUTOR

JEAN RICARDO PEREIRA DA SILVA

43 SEXO

MASC.

44 NASCIMENTO

12/03/93

45 ENDEREÇO

AV. MARIA JOSE DE OLIVEIRA Nº 1520 - UNIVERSITÁRIO

FONE: 99234-1462

46 1ª HABILITAÇÃO

30/04/2013

47 CATEGORIA

AB

48 PRONTUÁRIO

05771277035

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

53 MARCA

FIAT

54 ESPÉCIE

PASSEIRO

55 PLACA

MZT 7351

56 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

JEAN RICARDO PEREIRA DA SILVA

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

8AP17204LA2086266

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☒

NÃO ☐

62 AVARIAS

SETOR DIANTEIRO L PARACHOVES

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

66 AÇÃO DO CONDUTOR

PERMANECER NO LOCAL

PONTOS

63 CARRO

☒ 1

65 MOTO

☒ 1

67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

BAF

SIM ☐ NÃO ☐

68 NOME

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

TESTEMUNHAS

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 02/10/19

CAU/BR 115875
DETRAN/AC

VITIMAS	82 NOME PATRICIA LUCAS DE OLIVEIRA	83 SEXO M ☐ F ☒	84 NASCIMENTO 10/11/1991
	85 ENDEREÇO RUA MARIO MAIA Nº 57 - CALAFATE	86 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	87 VIAJAVIA NO VEICULO Nº 1
	88 USAVA CINTO SIM ☐ NÃO ☒		
	89 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR ☐ 1 PASSAG ☒ 3 PEDESTRE ☐ 5	90 CONDUZIDA PARA A UPA DA SOBRAAL PELA SAMU	
VITIMAS	91 NOME VALMIR ALVES DE SANTOS	92 SEXO M ☒ F ☐	93 NASCIMENTO 11/05/1971
	94 ENDEREÇO RUA MARIO MAIA Nº 57 - CALAFATE	95 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	96 VIAJAVIA NO VEICULO Nº 1
	97 USAVA CINTO SIM ☐ NÃO ☒		
	98 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR ☒ 1 PASSAG ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5	99 CONDUZIDA PARA A UPA DA SOBRAAL PELA SAMU	

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

CONFERE COMO ORIGINAL

EM: 02/10/19


 Diego Lima Pauli
 Arquiteto e Urbanista
 CAUBR 15877-5
 DETRAN/AC

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

AÇIONADOS VIA CIUSP PARA ATENDER COLISÃO ENTRE
 VEÍCULOS OCACIONANDO VITIMAS. FOI CONFIRMADA A VERACIDADE DAS FATOS NO
 LOCAL. AS VITIMAS DO V1 FORAM CONDUZIDAS A UPA DA SOBRAAL PARA ATEN-
 DIMENTO MÉDICO. O SENHA: WILSON SANTOS DE OLIVEIRA, CPF: 028.312.
 552-22, FICOU RESPONSÁVEL PELA V1, A MESMA IDENTIFICANDO-SE COMO
 SOBRINHO DO PROPRIETÁRIO DA MOTO. CHEGADA AO LOCAL DA COLISÃO ÀS 15H00
 E SAÍDA ÀS 17H00. PERÍCIA TÉCNICA COM PARCELO AO LOCAL E REALI-
 ZOU AS PROCEDIMENTOS CABÍVEIS.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA V1	103 MOTORISTA V2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO Pm 18PTTRAN
105 NOME VALMIR ALVES DE SANTOS	106 NOME JEAN F. P. DA SILVA	107 NOME / RG RAPCHAN - 4262
108 ASSINATURA IMPOSSIBILITADO	109 ASSINATURA João Ricardo S. da Silva	110 ASSINATURA CD
111 LOCAL RIO BRANCO - ACRE		112 DATA 04/09/19



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:

435120032-49 Valmir Celus de Santa

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 - Tel.(DDD):

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)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2278 03

CONTA:

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:

30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

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 atestada

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:

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: 435120032-49 4 - Nome completo da vítima: Valmir Celso de Souza

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

5 - Nome completo: Valmir Celso de Souza 6 - CPF: 435120032-49
7 - Profissão: Retiro 8 - Endereço: R. Manoel Maia 9 - Número: 57 10 - Complemento: com
11 - Bairro: Bela Belizantia 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69314-480
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (68) 993975923

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 03 CONTA: (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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(vainascer)? ☐ 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 atestado

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 09/10/2013

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, Valmir Alves da SilvaRG nº 220738, data de expedição 27/03/18, Órgão SSP/AC,CPF nº 435320032-49, 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)	<u>R: Maria Meira</u>
Número	<u>57</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Loélia Alcantara</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>Acre</u>
CEP	<u>69314-480</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 393875923 / (68) 3938477280</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco, 08/10/2018.Assinatura do Declarante: Valmir Alves da Silva



COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 228 - Bosque - Rio Branco - AC
CEP: 06.033/0001-70 | Insc. Estadual: 01.004.141/001-48
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Única

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.

MAIO/2018 22/05/2018 177 135,36

NÍRES LUCAS DE OLIVEIRA
R. MARIO MAIA 57 L. ELIA ALCANTARA
CPF: 00065955811249
CEP: 69.914-480 - RIO BRANCO

ROT: 11.001.11.01.002910

Atual:	23202	Atual:	15/05/2018
Anterior:	23025	Anterior:	17/04/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	14/06/2018
Consumo Medido:	177	Emissão:	14/05/2018
Consumo Faturado:	177	Apresentação:	15/05/2018

Forma de Faturamento: **NORMAL** Faturado Político: **FCAM** Dias de Consumo: **28**

Classe/Subclasse	Ligação	Ítens Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	7079616		1.1.1.1	194

Período	Consumo	Valor
ABR/18	211	125,19
MAR/18	214	5,47
FEV/18	179	0,38
JAN/18	197	3,71
DEZ/17	200	0,61
NOV/17	201	
OUT/17	191	
SET/17	234	
AGO/17	191	
JUL/17	176	

TOTAL DO MÊS: 177
VALOR: 0,515287

MENSAGENS DE CONTABILIDADE E SERVIÇOS DE FOMENTO

Declaramos quitados 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 8008.4808.FC66.E346.CBEC.084E.5970.48FA

COMPOSIÇÃO DA TARGA (R\$)		IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES (R\$)	
Distribuição:	41,07	Base de Cálculo:	125,19
Energia:	32,74	Alíquota ICMS:	25,00%
Transmissão:	1,09	Valor do ICMS:	31,29
Energia:	16,32	Valor do PIS:	0,47
Tributos:	33,97	Valor do COFINS:	2,21

TARGA		FIC		DNIC		DNCR	
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
União:	9,24	18,49	36,99	4,83	9,66	19,32	4,99
Estados:	2,45		2,00			1,47	

Conjunto TANGARA

Período de apuração: 03/2018 US\$ 68,52



MZ-DATASUS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE SOBRAL

Nº. DO BR: 709728 DATA: 04/09/2019 HORA: 15:16 USUARIO: MARIA SILVEIRA
 Nº: SETOR: 02-EMERGENCIA TRAUMATICA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

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

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: *Acidente de moto referir algo em outro 3.* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *15/05/2019*
sem outro queixa

NOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *trauma?*

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

24
20
como x outros

[Signature]

15:20

15:20

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

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
 OBJETO: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

Acidente de moto referir algo em outro 3.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO
Valmir Alves dos Santos *[Signature]*

SAME / HUERS
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Novo Acre
Governo paralelo para o desenvolvimento

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

UNIDADE: _____

Av. Salete da Sobral - Franco Silva
End. Estrada da Sobral SIN :
CNPJ: 04.034.526/0001-42

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Para: Heerb
Nome do Paciente: Valmir Adus dos Santos
Nome Social: _____
Hipótese diagnóstica: Lesão de ulna

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Atesto para os devidos fins: Os entesados Opre
Acidul de mudo. Jefe alho en
Orho. qual do Rax de dionda
Exclusivo em catos de dionda

Soluto Acabados e concluido r/
otore dento

DATA: 04/09/19

ASSINATURA



DATA SUS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE SOBRAL

Nº. DO BÉ: 709728 DATA: 04/09/2019 HORA: 15:16 USUARIO: MARIA SILVEIRA
 Nº: SETOR: 02-EMERGENCIA TRAUMATICA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: VALMIR ALVES DOS SANTOS DOC...: CSUS
 IDADE: 45 ANOS NASC: 15/05/1974 SEXO...: MASCULINO
 ENDEREÇO: RUA MARIO MAIA NUMERO: 257
 COMPLEMENTO: BAIRO: CALAFATE
 MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP...:
 NOME PAI/MAE: JOSE ANTONIO DOS SANTOS /IRACIR FELIX DOS SANTOS
 RESPONSÁVEL: O PROPRIO TEL...: 97294882
 PROCEDENCIA: CALAFATE
 FUNDAMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO
 USO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
 CID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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: *Acidente de moto referir algo em outro 3.* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *15/05/2019*
sem outro queixa

NOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *trauma*

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

24
24
como x outros

[Handwritten signature]

15:20

15:20

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

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
 OBJETO: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

Acidente de moto referir algo em outro 3.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Valmir Alves dos Santos *Dr. Iracir Felix dos Santos*

SAME / HUERS
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Novo Acre
Governo paralelo para o desenvolvimento

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

UNIDADE: _____

URA Salsada da Sobral - Franco Silva
End. Estrada da Sobral SIN :
CNPJ: 04.034.526/0001-42

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Para: Heerb
Nome do Paciente: Valmir Adus dos Santos
Nome Social: _____
Hipótese diagnóstica: Lesão de ulna

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Atesto para os devidos fins: Os estudos Opre
Acidul de mudo - refer alho de
Orino - qual do Rax de discar
Declarar em casos de dano

Soluto Aplicado e concluido r/
otore dento

DATA: 04/09/19

ASSINATURA



Dra. Beisabeth Sanchez Perez
MÉDICA DA FAMÍLIA / 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 úmero proximal (D). Sendo submetido a tratamento conservador. Evoluindo com limitação funcional severa na abdução - flexão e rotação do ombro, e perda da força muscular. E por tanto portador de sequelas definitivas e de alta médica. (ombro (D) 75%)

Dra. Beisabeth Sanchez Perez
CRM - AC 2140

Rio Branco-Acre, 12 de Novembro de 20 19

Dra. Beisabeth Sanchez Perez
CRM - AC 2140



LAUDO MÉDICO

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

Para o devido fins, atesto que o paciente Valmê Alves do Santos de 46 anos, sofreu acidente de trânsito, no dia 04/09/2019, com diagnósticos de fratura úmero proximal (D), subluxação no ombro (D) com aumento de volume ombro (D) e Região escapular (D), com perda de força do ombro por crôico, limitação funcional severa na flexão - extensão e abdução do ombro (90%). Foi submetido a tratamento conservador. De agora em diante tanto portador de seqüela Definitiva

Ombro Direito 75%


 Dra. Beisabeth Sanchez Perez
 CRM-AC 2140

Rio Branco - ACRE 26 de 05 2020

Dra. Beisabeth Sanchez Perez

CRM 2140

[illegible]

PEDIDO DE REANÁLISE E REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

Á

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Processo N°: 3190651841

Vítima: Valmir 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, incluída 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 a disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários referente ao sinistro, através do telefone

(68) 999875323

Valmir Alves dos Santos

Rio Branco/AC 02 de Junho de 20 20.

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

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 04/09/2019

Titular do CPF: VALMIR ALVES DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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

VALMIR ALVES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A**Data do acidente:** 04/09/2019**Titular do CPF:** VALMIR ALVES DOS SANTOS**CPF de:** Próprio**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 **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALMIR ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL. (DIREITO)

Descrição do exame físico: EVOLUI COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL SEVERA NA ABDUÇÃO FLEXÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO, 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