



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

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

**Dados Básicos**

Foro: Rio Branco  
Processo: 07021431620208010001  
Classe do Processo: Contestação  
Data/Hora: 29/12/2020 08:50:08

**Partes**

Solicitante: Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A

**Documentos**

Petição: 2775227\_CONTESTACAO\_0  
1 - 1-11.pdf  
Anexo - Petição: 2775227\_CONTESTACAO\_A  
nexo\_02 - 1-12.pdf  
Anexo - Petição: 2775227\_CONTESTACAO\_A  
nexo\_02 - 13-20.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](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190717751**

**Vítima: MARIA NOEMIA DE LIMA**

**Data do Acidente: 02/04/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA NOEMIA DE LIMA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190717751**

**Vítima: MARIA NOEMIA DE LIMA**

**Data do Acidente: 02/04/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA NOEMIA DE LIMA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190717751**

**Vítima: MARIA NOEMIA DE LIMA**

**Data do Acidente: 02/04/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), MARIA NOEMIA DE LIMA**

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

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190717751**      **Vítima: MARIA NOEMIA DE LIMA**  
**Data do Acidente: 02/04/2016**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA NOEMIA DE LIMA**

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 joelho 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: **MARIA NOEMIA DE LIMA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000000534**

Conta: **000000107258-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 220.197.072-68 4 - Nome completo da vítima: Maria Noemíia de Lima Silva

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Maria Noemíia de Lima Silva	220.197.072-68		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Recepcionista	R. Francisco Vieira	160	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Floresta Sul	Rio Branco	AC	69.906-333
15 - E-mail:			16 - Tel.(DDD): (68) 99964-6499

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:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 0534	CONTA: 00307258	AGÊNCIA: _____
(Informar o dígito se existir)	(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (mínusculo)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 que assina o pedido	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Rio Branco - AC, 23/12/2019	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) X Maria Noemíia de Lima Silva	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		
FPS.001 V002/2019		



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DIEGO LIMA PAULI e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 29/12/2020 às 08:50 , sob o número WEB120700716726

Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0702143-16.2020.8.01.0001 e código 27FB933.



**GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
POLÍCIA CIVIL  
DIVISÃO ESPECIALIZADA DE INVESTIGAÇÃO CRIMINAL - RIO BRANCO - AC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 048647/2019-A02

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 23/12/2019 14:29 Data/Hora Fim: 23/12/2019 14:30

Origem: Polícia Judiciária

Delegado de Polícia: Martin Filus Cavalcante Hessel

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Divisão Especializada de Investigação Criminal

Data/Hora do Fato: 02/04/2016 18:33 (Data Aproximada)

**Local do Fato**

Município: Epitaciolândia (AC)

Bairro: Aeroporto

Logradouro: RUA MADRE PAULINO

Complemento: PRÓXIMO AO GINÁIO.

Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB )	Não Houve

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: CLAUDEMIR FACUNDO LIRA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR (AUSENTE), CONDUTOR (AUSENTE))**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 10/03/1980  
Estado Civil: Sem Informação

**Endereço**

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: RUA SANTA CATARINA

Nº: 211

Bairro: AEROPORTO

Telefone: (68) 99973-0489 (Celular)

**Nome Civil: MARIA NOEMIA DE LIMA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 24/04/1962  
Profissão: Não Informado  
Estado Civil: Sem Informação  
Nome da Mãe: Maria Lucie de Lima

**Endereço**

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: RUA CAP.PEDRO VASCONCELOS

Nº: 374

Telefone: (68) 99964-6499 (Celular)

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

CPF/CNPJ do Proprietário 779.451.312-04

Placa NAG6581

Renavam 00992621321

Número do Motor 4M41UCBB8004

Número do Chassi 93XSNKB8TECD82453

Ano/Modelo Fabricação 2014/2013

Cor PRATA

UF Véiculo Acre



Delegado de Polícia Civil: Martin Filus Cavalcante Hessel  
Impresso por: Leandro Ayschel Roena  
Data de Impressão: 23/12/2019 14:27  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



**GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
POLÍCIA CIVIL  
DIVISÃO ESPECIALIZADA DE INVESTIGAÇÃO CRIMINAL - RIO BRANCO - AC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 048647/2019-A02

Município Veículo Epitaciolândia Marca/Modelo MMC/L200 TRITON GLS D

Modelo MMC/L200 TRITON GLS D

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 18/01/2018

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvidos
Claudemir Facundo Lira	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 971.323.902-44	Placa QLV4072
Renavam 01045328526	Número do Motor KC1628F573608
Número do Chassi 9C2KC1680FR573608	Ano/Modelo Fabricação 2015/2015
Cor PRETA	UF Veículo Acre
Município Veículo Epitaciolândia	Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI
Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 02/10/2018	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvidos
Maria Noemíia de Lima Silva	Possuidor

**RELATO/HISTÓRICO**

A NOTICIANTE IÁ NA GARUPA DA MOTOCICLETA GUIADA POR SEU CONJUGE (MAURO ALCILOMAR JULIÃO DA SILVA), QUANDO SOFREU UMA COLISÃO CAUSADA PELO VEÍCULO L200 RELACIONADO CONFORME BAT. A NOTICIANTE SOFREU VARIA FRATURAS E LESÕES, VINDO A PASSAR POR CIRURGIAS, COMFORME LAUDOS MÉDICOS.

**ASSINATURAS**

Leandro Ayache Rocha

Agente de Polícia

Matrícula 6139605-1

Responsável pelo Atendimento

Maria Noemíia de Lima Silva

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Martin Filho Cavalcante Hessel

Delegado de Polícia

Matrícula 9244662-3

BOLETIM DE ACIDENTE  
DE TRÂNSITO

fls. 86

01 NÚMERO BAT

084614

NÚMERO FOLHA

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DA RODOVIA  
Rua Madre Paulina / Rua do Lazer -05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC.  
PRÓXIMO, GINÁZIO POLIESPORTIVODESENHO DA  
OCORRÊNCIA07 ZONA  
RURAL / URBANA

08 DATA

09 MUNICÍPIO

10 UF

EPITACIOLÂNDIA - AC

10 UF

10 UF

11 TIPO DE PAVIMENTO

12 CONDIÇÕES DA VIA

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

14 N.º DE VEÍCULOS

15 N.º DE VÍTIMAS

ASFALTO

SECA

BOM

02

CONCRETO

MOLHADA

 1

PARALELÓPEDO

OLEOSA

 3

CASCALHO

CLAMEADA

 5

TERRA

DANIFICADA

 7

AREIA

UBRAS

 9

16 NATUREZA DO ACIDENTE

17 SEXO

18 NASCIMENTO

ATROPELAMENTO

 M

10/10/1981

COLISÃO

 F

10/10/1981

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

19 ENDEREÇO

10/10/1981

CHOQUE COM OBJETO FIXO

20 1<sup>ª</sup> HABILITAÇÃO

10/10/1981

OUTRA (ESPECIFICAR)

21 CATEGORIA

10/10/1981

22 PRONTUÁRIO

22 PRONTUÁRIO

10/10/1981

23 UF

23 UF

10/10/1981

24 EX. MÉDICO EM DIA

24 EX. MÉDICO EM DIA

10/10/1981

SIM  NÃO SIM  NÃO SIM  NÃO 

25 USAVA CINTO

25 USAVA CINTO

10/10/1981

26 USAVA CAPACETE

26 USAVA CAPACETE

10/10/1981

27 MARCA

27 MARCA

10/10/1981

28 ESPÉCIE

28 ESPÉCIE

10/10/1981

29 PLACA

29 PLACA

10/10/1981

30 MUNICÍPIO

30 MUNICÍPIO

10/10/1981

31 UF

31 UF

10/10/1981

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

10/10/1981

33 CHASSIS

33 CHASSIS

10/10/1981

34 AVARIAS

34 AVARIAS

10/10/1981

35 COMPARECEU NO POSTO

35 COMPARECEU NO POSTO

10/10/1981

36 PONTOS

36 PONTOS

10/10/1981

37 CARRO

37 CARRO

10/10/1981

38 MOTO

38 MOTO

10/10/1981

#1 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

#1 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

10/10/1981

39 PONTOS

39 PONTOS

10/10/1981

40 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

40 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

10/10/1981

41 AÇÃO DO CONDUTOR

41 AÇÃO DO CONDUTOR

10/10/1981

42 NOME CONDUTOR

42 NOME CONDUTOR

10/10/1981

43 SEXO

43 SEXO

10/10/1981

44 NASCIMENTO

44 NASCIMENTO

10/10/1981

45 ENDEREÇO

45 ENDEREÇO

10/10/1981

46 1<sup>ª</sup> HABILITAÇÃO46 1<sup>ª</sup> HABILITAÇÃO

10/10/1981

47 CATEGORIA

47 CATEGORIA

10/10/1981

48 PRONTUÁRIO

48 PRONTUÁRIO

10/10/1981

49 UF

49 UF

10/10/1981

50 EX. MÉDICO EM DIA

50 EX. MÉDICO EM DIA

10/10/1981

51 USAVA CINTO

51 USAVA CINTO

10/10/1981

52 USAVA CAPACETE

52 USAVA CAPACETE

10/10/1981

53 MARCA

53 MARCA

10/10/1981

54 ESPECIE

54 ESPECIE

10/10/1981

55 PLACA

55 PLACA

10/10/1981

56 MUNICÍPIO

56 MUNICÍPIO

10/10/1981

57 UF

57 UF

10/10/1981

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

10/10/1981

59 ENDERÇO

59 ENDERÇO

10/10/1981

60 CHASSIS

60 CHASSIS

10/10/1981

61 COMPARECEU NO POSTO

61 COMPARECEU NO POSTO

10/10/1981

62 PONTOS

62 PONTOS

10/10/1981

63 CARRO

63 CARRO

10/10/1981

64 MOTO

64 MOTO

10/10/1981

65 PONTOS

65 PONTOS

10/10/1981

66 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

66 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

10/10/1981

67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

10/10/1981

68 NOME

68 NOME

10/10/1981

69 ENDEREÇO

69 ENDEREÇO

10/10/1981

70 NASCIMENTO

70 NASCIMENTO

10/10/1981

71 IDENTIDADE N.º

71 IDENTIDADE N.º

10/10/1981

72 ÓRGÃO EMISOR

72 ÓRGÃO EMISOR

10/10/1981

73 NASCIMENTO

73 NASCIMENTO

10/10/1981

74 UF

74 UF

10/10/1981

75 NOME

75 NOME

10/10/1981

76 SEXO

76 SEXO

10/10/1981

77 NASCIMENTO

77 NASCIMENTO

10/10/1981

78 IDENTIDADE N.º

78 IDENTIDADE N.º

10/10/1981

79 ÓRGÃO EMISOR

79 ÓRGÃO EMISOR

10/10/1981

80 NASCIMENTO

80 NASCIMENTO

10/10/1981

81 UF

81 UF

10/10/1981

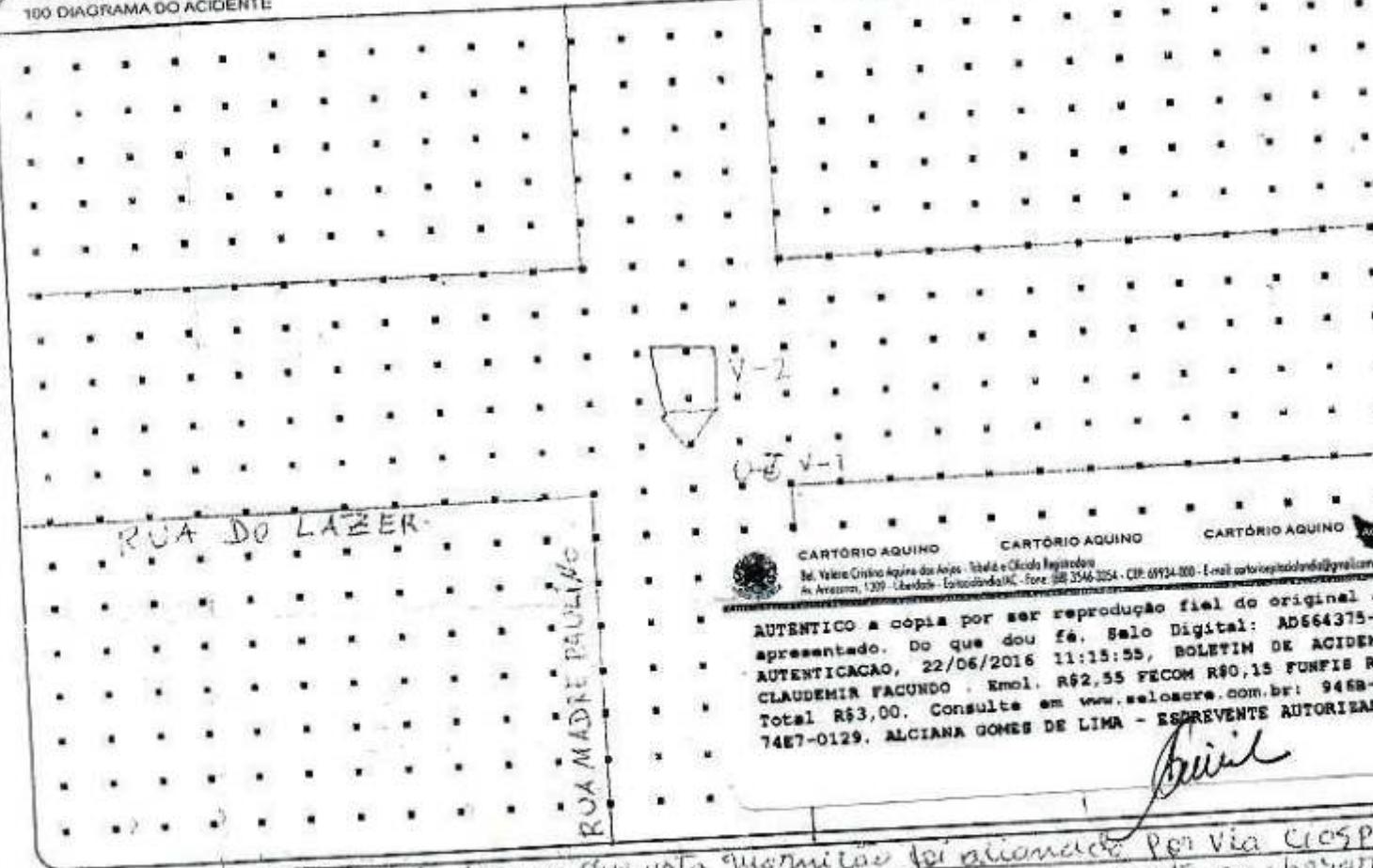
VEÍCULO / CONDUTOR

TESTIMUNHAS

CARTÓRIO AQUINO

VITIMAS	82 NOME Maria Noemia de Lima.	83 SEXO M	84 NASCIMENTO fls 87
Nº	85 ENDEREÇO Rua Cap. Pedro Vassouras N° 3761.	86 FERIMENTOS LEVES 3 GRAVES 0 FATAIS 5	87 VIAJAVA NO VEICULO N° 1 SIM 1 NÃO 2
Nº	88 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR 1 PASSAG. 3 PEDESTRE 5	89 CONDUZIDA PARA Condizida para CPS, Pelos BM.	88 USAVA CINTO SIM 1 NÃO 2
Nº	90 NOME	92 SEXO M	93 NASCIMENTO
Nº	94 ENDEREÇO	95 FERIMENTOS LEVES 1 GRAVES 0 FATAIS 5	96 VIAJAVA NO VEICULO N° <input type="checkbox"/> SIM 1 NÃO 2
Nº	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR 1 PASSAG. 3 PEDESTRE 5	99 CONDUZIDA PARA	97 USAVA CINTO SIM 1 NÃO 2

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE



CARTÓRIO AQUINO  
Av. Valter Cristino Aquino das Artes - Rebouças e Ciclado Registadora  
Av. Arreiros, 1209 - Liberdade - Centro/Cidade/AC - Fone: (68) 3546-3054 - CEP: 69934-000 - E-mail: cartorio@cartorioaquinocom

AUTENTICO a cópia por ser reprodução fiel do original a mim apresentado. De que dou fé. Salvo Digital: AD664375-48  
AUTENTICACAO, 22/06/2016 11:15:55, BOLETIM DE ACIDENTE  
CLAUDEMIR FACUNDO - Emol. R\$2,55 FECOM R\$0,15 FUNFIE R\$0  
Total R\$3,00. Consulte em www.seloacme.com.br: 9468-0112  
7487-0129. ALCIANA GOMES DE LIMA - ESCREVENTE AUTORIZADA

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES Informe que esta queimadura foi iniciada por via CICSP para atender uma ocorrência, de trânsito no Bairro do aeroporto, aci que no local constatamos a veracidade

Segundo relato da V-2, informou que trabalhava na Rua Madre Paulina, ao cruzar com a rua do Lazer, vinha um carro Gol branco, e parou de repente, e em seguida apareceu o V-1, por trás do Gol Branca, que rodou com o V-2, causando o acidente. A vítima que é passageira do V-1, teve perna direita machucada. O V-1 informou que estava na banca de Talolo, em deslinde com o V-2. Que chegava a vista.

Informo que as partes não entiveram em ocorrido no Local.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA V-1 Monica Alcidesmar Juliano da Silva	103 MOTORISTA V-2 Isabelenir Fatima de Lima	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO
105 NOME	106 NOME	107 NOME / RG 2261
108 ASSINATURA <i>M. Alcidesmar</i>	109 ASSINATURA <i>Isabelenir</i>	110 ASSINATURA C/2 Vicente Silva
111 LOCAL 10º BPM - Brumelis	112 DATA 16/12/14/11	



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 220.197.072-68 4 - Nome completo da vítima: Maria Noemíia de Lima Silva

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Maria Noemíia de Lima Silva	220.197.072-68		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Recepcionista	R. Francisco Vieira	160	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Floresta Sul	Rio Branco	AC	69.906-333
15 - E-mail:			16 - Tel.(DDD): (68) 99964-6499

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:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 0534	CONTA: 00307258	AGÊNCIA: _____
(Informar o dígito se existir)	(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (mínusculo)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> 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 que assina o documento	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Rio Branco - AC, 23/12/2019	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante), X. Vitoria Noemíia de Lima S. Silva	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		
FPS.001 V002/2019		

TESTEMUNHAS

## 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: 17/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA NOEMIA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000107258-2

Nr. da Autenticação 6820E9ED2CFA7084



Pode contatar:  
com a Energisa,  
informe 470-NERD

SEU CÓDIGO  
0144677-0

COMPANHIA DE ELETROGÊNIO DO ACRE S.A.  
Rua Velho Meadinho, 226 - Bairro - Rio Branco - AC  
CNPJ: 04.004.147/0001-70 inscrição estadual: 01.001.147/000-48  
Nota Fiscal: Contato Energia Belfix / Belfix Unica

Nº da Nota Fiscal: 006467649  
A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEB Faturada  
pelo Leilão 10.438 do dia 26 de outubro de 2020.

DEZEMBRO/2019 01/01/2020 111 55,33

MARIA NOEMIA DE LIMA SILVA  
R. FRANCISCO VIEIRA 160 FLORESTA SUL  
CPF: 00022019707268  
CEP: 69.906-211 - RIO BRANCO

DETALHAMENTO DA LEITURA		DETALHAMENTO DA LEITURA	
Atual:	2687	Ajustar:	06/12/2019
Anterior:	2576	Anterior:	06/11/2019
Correção de Habitualização:	1.000	Próxima Leitura:	03/01/2020
Consumo Médio:	111	Período:	04/12/2019
Consumo Faturado:	111	Ajustar para:	06/12/2019

Termo de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 30

DETALHAMENTO DA CONTA DE CONSUMO					
Categoria	Ligação	Número Medidor	Período	Última Fat.	Média 12 meses
RESID.BX.REND	BI	BIF17206652	1.6.1.2	108	
DETALHAMENTO DA CONTA DE CONSUMO					
MES/ANO CONSUMO					
NOV/19	107	CONSUMO	30 A R\$ 0,255172 =	7,65	
OUT/19	106		70 A R\$ 0,437431 =	30,62	
SET/19	113		11 A R\$ 0,656155 =	7,21	
AGO/19	137	CONTR. ILLUMINACAO PUBL. (COSIP)		2,13	
JUL/19	123	DIFERENCA DE TARIFA		35,44	
JUN/19	96	SUBVENCAO BAIXA RENDA		27,72	
MAI/19	114	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	- 0,12		
ABR/19	121	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	- 1,93		
MAR/19	118				
FEV/19	99				
TARIFA SOB TRIBUTO:					
8 A 20 - 0,19944					
21 A 100 - 0,411907					
101 A 111 - 0,52983					

DETALHAMENTO DA CONTA DE CONSUMO					
Mes/Año	Valor R\$	Justificativa sobre a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 21/12/2019. O seu pagamento pode ser exigido também, inclusive no nome do consumidor na SEGN, caso tenha vencido o pagamento. Favor considerar este fator ao lado.			
11/2019	49,22				

RESERVISTA LICENCIADO NOS ÚLTIMOS 5 ANOS, APRESENTE-SE PELA INTERNET ([WWW.EXARNET.EB.MIL.BR](http://WWW.EXARNET.EB.MIL.BR)) DE 01/12/2019 A 31/01/2020 OU NA OM MAIS PRÓXIMA, DE 09 A 16/12/2019.

RESERVADO AO PSCO 2524.DE4C.B007.84ED.9141.CCDE.DEA6.BCA6

DETALHAMENTO DA CONTA DE CONSUMO		DETALHAMENTO DA CONTA DE CONSUMO	
Contribuição:	24,77	Base de Cálculo:	80,92
Imposto:	29,19	Alíquota ICMS:	16,00%
Transmissão:	0,74	Valor do ICMS:	12,94
Energy:	8,58	Valor do PIS:	0,84
Tributos:	17,64	Valor do COFINS:	3,86

DETALHAMENTO DA CONTA DE CONSUMO							
	DMC	DMC	DMC				
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Límite	0,00	0,00			0,00		

Residencial TANGARA  
ROT: 6.001.06.12.001550 SEQ.: 00156  
ROT: 6.001.06.12.001550 SEQ.: 00156

DETALHAMENTO DA CONTA DE CONSUMO		TOTAL A PAGAR - R\$	
SEU CÓDIGO	0144677-0	55,33	
MÊS FATURADO	12/2019	VENCIMENTO	
		01/01/2020	
Nº da Nota Fiscal:	006467649	FCAM	

#### RECIBO DO ARRECADADOR

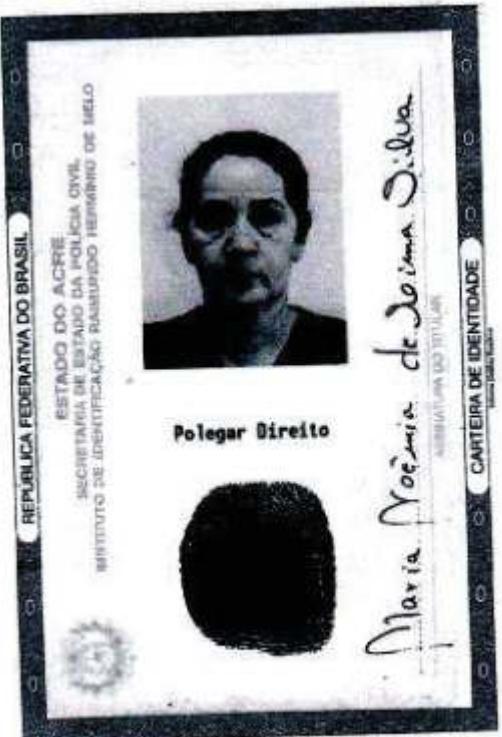
PAQUETE: MARIA NOEMIA DE LIMA SILVA CEP: 00022019707268	R. FRANCISCO VIEIRA 160 FLORESTA SUL CEP: 69.906-211
UC 144677-0	Referência DEZ/2019 Data de Vencimento 01/01/2020 Total a Pagar (R\$) R\$ 55,33

IDENTIFICADOR: COMPANHIA DE ELETROGÊNIO DO ACRE S.A. CNPJ: 04.004.147/0001-79  
Rua Velho Meadinho, 226 - Bairro - Rio Branco - AC

836900000000 8 55330045000 2 000000000144 6 67701219008 3

**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REGISTRO GENÉTICO NOME	114762	DATA DE EMISSÃO	05/10/2016
<b>MARIA NOEMIA DE LIMA SILVA</b>		CARTEIRA DE IDENTIDADE	
FILHA DE:		24/04/1962	
JOSÉ LUIZ DE LIMA			
MARIA LUCILA DE LIMA			
MATERIAL GENÉTICO			
RIO BRANCO - AC			
UFAC - Unidade			
CERTO CAS 2.176 FLS 008 LIV B-009			
BRASILEIRIA - AC			
220.197.072-49		P. S.	
3 VIA		ESTADO DO ACRE INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HENRIKINO DE MELO	
		LEI Nº 7.116 DE 29/06/93	



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190717751  
Vítima: MARIA NOEMIA DE LIMA

Cidade: Epitaciolândia  
Data do acidente: 02/04/2016

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA TIBIA PROXIMAL ( D ) COM PERDA DE COBERTURA CUTANEA.

**Descrição do exame físico:** AUMENTO DE VOLUME E DEFORMIDADE DO JOELHO E Perna (D) , CICATRIZ DE LESÃO TRAUMATICA E DE ENXERTO NA FACE ANTERIOR E SUPERIOR DA Perna (D),CICATRIZ CIRÚRGICA DE 27 CM NA FACE LATERAL DO JOELHO (D) ,CICATRIZ CIRÚRGICA DE 30 CM NA FACE MEDIAL DO JOELHO (D),CICATRIZ CIRÚRGICA DE 16 CM NA PANTURRILHA (D),CICATRIZ CIRÚRGICA DE 18 CM NA FACE ANTERIOR DA Perna (E) .  
HIPOTRAFIA DO CUADRICEP E PANTURRILHA (D),PERDA DA FORÇA MUSCULAR M.I.D.LIMITAÇÃO FUNCIONAL SEVERA NA FLEXÃO - EXTENSÃO DO JOELHO (D)

**Resultados terapêuticos:** CIRÚRGICO , COM FIXADORES EXTERNOS E POSTERIOEMENTE PLACAS E PARAFUSOS  
TRANSPLANTE ÓSSEO (EXTENSO )DE TIBIA CONTRALATERAL E

**Sequelas permanentes:** AUMENTO DE VOLUME E DEFORMIDADE DO JOELHO E Perna (D) , CICATRIZ DE LESÃO TRAUMATICA E DE ENXERTO NA FACE ANTERIOR E SUPERIOR DA Perna (D),CICATRIZ CIRÚRGICA DE 27 CM NA FACE LATERAL DO JOELHO (D) ,CICATRIZ CIRÚRGICA DE 30 CM NA FACE MEDIAL DO JOELHO (D),CICATRIZ CIRÚRGICA DE 16 CM NA PANTURRILHA (D),CICATRIZ CIRÚRGICA DE 18 CM NA FACE ANTERIOR DA Perna (E) .  
HIPOTRAFIA DO CUADRICEP E PANTURRILHA (D),PERDA DA FORÇA MUSCULAR M.I.D.LIMITAÇÃO FUNCIONAL SEVERA NA FLEXÃO - EXTENSÃO DO JOELHO (D)

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 10/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** pago dano como descrito pelo colega 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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3190717751

**Nome do(a) Examinado(a):** MARIA NOEMIA DE LIMA

**Endereço do(a) Examinado(a):** R FRANCISCO VIEIRA, 160 - Rio Branco/AC  
- CEP 69900-001

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 114762

**Data e Local do Acidente :** 02/04/2016

**Data e Local do Exame :** 10/01/2020 Rua Minas Gerais número 858 Bairro :  
preventor - CEP 69900-129

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no  
acidente relatado e comprovado.**

FRATURA EXPOSTA TIBIA PROXIMAL ( D ) COM PERDA DE COBERTURA  
CUTANEA.

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da  
alta.**

CIRÚRGICO , COM FIXADORES EXTERNOS E  
POSTERIOEMENTE PLACAS E PARAFUSOS  
TRANSPLANTE ÓSSEO (EXTENSO )DE TIBIA CONTRALATERAL E  
**ENXERTO DE PELE NA FACE ANTERIOR E SUPERIOR DA Perna  
DIREITA.**

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao  
diagnóstico relatado.**

AUMENTO DE VOLUME E DEFORMIDADE DO JOELHO E Perna (D) ,  
CICATRIZ DE LESÃO TRAUMATICA E DE ENXERTO NA FACE ANTERIOR E  
SUPERIOR DA Perna (D),CICATRIZ CIRÚRGICA DE 27 CM NA FACE  
LATERAL DO JOELHO (D) ,CICATRIZ CIRÚRGICA DE 30 CM NA FACE  
MEDIAL DO JOELHO (D),CICATRIZ CIRÚRGICA DE 16 CM NA  
PANTURRILHA (D),CICATRIZ CIRÚRGICA DE 18 CM NA FACE ANTERIOR  
DA Perna (E).

HIPOTRAFIA DO CUADRICEP E PANTURRILHA (D),PERDA DA FORÇA  
MUSCULAR M.I.D.LIMITAÇÃO FUNCIONAL SEVERA NA FLEXÃO –  
EXTENSÃO DO JOELHO (D)

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente  
trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a  
qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [ ] Não**

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

DEFORMIDADE DO JOELHO E PERNAS (D) COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL SEVERA NA FLEXÃO -EXTENSÃO DO JOELHO (D) COM PERDA DA FORÇA MUSCULAR.

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).**

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

( ) “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

JOELHO DIREITO

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

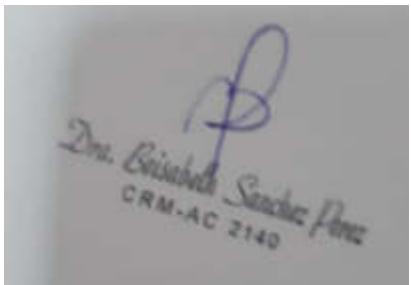
\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**

Paciente que sufreu acidente de trânsito há 3 anos, ainda tem marcha claudicante com dor crônico e precisa do auxílio de muletas para se locomover  
também apresentou uma complicação com osteomielite na perna.



Beisabeth Sanchez Perez CRM : 2140 / UF :AC

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0466614/19

**Vítima:** MARIA NOEMIA DE LIMA

**CPF:** 220.197.072-68

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/04/2016

**Titular do CPF:** MARIA NOEMIA DE LIMA

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**MARIA NOEMIA DE LIMA : 220.197.072-68**

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](http://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: 23/12/2019  
Nome: MARIA NOEMIA DE LIMA  
CPF: 220.197.072-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019  
Nome: MAIRLA LIMA DE SOUZA  
CPF: 025.424.522-61

---

MARIA NOEMIA DE LIMA

---

MAIRLA LIMA DE SOUZA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0466614/19

**Vítima:** MARIA NOEMIA DE LIMA

**CPF:** 220.197.072-68

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/04/2016

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Titular do CPF:** MARIA NOEMIA DE LIMA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**MARIA NOEMIA DE LIMA : 220.197.072-68**

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](http://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: 23/12/2019  
Nome: MARIA NOEMIA DE LIMA  
CPF: 220.197.072-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019  
Nome: MAIRLA LIMA DE SOUZA  
CPF: 025.424.522-61

---

MARIA NOEMIA DE LIMA

---

MAIRLA LIMA DE SOUZA