



**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. 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. 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. 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: INTERRUÇÃO 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. 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, 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





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: 220.197.072-68 4 - Nome completo da vítima: Maria Naelmia de Lima Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: Maria Naelmia de Lima Silva 6 - CPF: 220.197.072-68
 7 - Profissão: Recebe-me 8 - Endereço: R. Francisco Vieira 9 - Número: 160 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Floresta Sul 12 - Cidade: RIO BRANCO 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.906-233
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (68) 99964-6499

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
 17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR 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)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 0534 003 CONTA: 00307258 2 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 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 da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascitur)? 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, RIO BRANCO - AC 22/12/2019
Maria Naelmia de Lima Silva
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

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.tj-ac.com.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 Filius 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)
 Logradouro: RUA MADRE PAULINO
 Complemento: PROXIMO AO GINAGIO

Bairro: Aeroporto

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
 Bairro: AEROPORTO
 Telefone: (68) 99973-0469 (Celular)

Nº: 211

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

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

Endereço

Município: Rio Branco - AC
 Logradouro: RUA CAP PEDRO VASCONCELOS
 Telefone: (68) 99964-6499 (Celular)

Nº: 374

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 Veículo Acre



Delegado de Polícia Civil: Martin Filius Cavalcante Hessel
 Impressão por: Leandro Ayscha Robens
 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	Envolvimentos
Claudemir Facundo Lira	Proprietário

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 971.323.902-44	Placa QLV4072
Renavam 01045328526	Número do Motor KC16E8F573608
Número do Chassi 9C2KC1680FR573608	Ano/Modelo Fabricação 2015/2015
Cor PRETA	UF Veículo Acre 4
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	Envolvimentos
Maria Noemia de Lima Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

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

ASSINATURAS

Leandro Ayache Rocha
 Agente de Polícia
 Matrícula 6139805-1
 Responsável pelo Atendimento

Maria Noemia de Lima Silva
 (Comunicante / Vítima)

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

Martin Filiz Cavalcante Hessel
 Delegado de Polícia
 Matrícula 9244662-3



Delegado de Polícia Civil: Martin Filiz Cavalcante Hessel
 Impresso por: Leandro Ayache Rocha
 Data de Impressão: 23/12/2019 14:37
 Protocolo nº: Não disponível

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

Rua Madre Paulina / Rua DO LAZER

03 MUNICIPIO
Epitaciolândia

04 UF
AC

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

PRÓXIMO. GINAZIO POLIESPORTIVO

06 HORA DA OCORRÊNCIA
15:33

07 ZONA RURAL URBANA
 RURAL URBANA

08 DATA
10/12/2014

09 DIA DA SEMANA
SABADO

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO 1
COLISÃO 3
TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM 5
CHOQUE COM OBJETO FIXO 6
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
MOLHADA 3
OLEOSA 5
ELAMEADA 7
DANIFICADA 9
BURAS 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM 1
CHUVA 3
NEBLINA 5
GAROA 7

14 Nº DE VEÍCULOS

02

15 Nº DE VÍTIMAS

SEM VÍTIMAS
COM VÍTIMAS

16 NOME CONDUTOR

Claudemir Facundo Lira

17 SEXO

M 1 F 3

18 NASCIMENTO

11/10/1981

19 ENDEREÇO

Rua Santa Catarina - Nº 277 - B. Aeroporto. 9973-0469.

20 1ª HABILITAÇÃO

27-09-2007

21 CATEGORIA

AD

22 PRONTUÁRIO

874472761

23 UF

AC

24 EX. MEDIC. EM DIA

SIM 1 NÃO 3

25 USAVA CINTO

SIM 1 NÃO 3

26 USAVA CAPACETE

SIM NÃO 3

27 MARCA

MMC/L-200

28 ESPÉCIE

ESP/CAMIONETE

29 PLACA

NAC-6551

30 MUNICIPIO

EPITACIOLÂNDIA

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

CLAUDEMIR FACUNDO LIRA

33 ENDEREÇO

Rua Santa Catarina Nº 277

34 CHASSIS

93X5N KBBTECDB 2453

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM

NÃO

36 AVARIAS

Pequena monta

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Rua Madre Paulina / com a rua do Lazer

40 AÇÃO DO CONDUTOR

Permaneceu no Local

PONTOS

37 CARRO
39 MOTO

41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM NÃO

42 NOME CONDUTOR

MARIE ALCEMIR JULIANO DA SILVA

43 SEXO

M 1 F 3

44 NASCIMENTO

13/10/1982

46 ENDEREÇO

Rua CAP Pedro Vasconcelos - Nº 374 - B. Aeroporto

46 1ª HABILITAÇÃO

77-10-2017

47 CATEGORIA

AB

48 PRONTUÁRIO

577398342

49 UF

AC

50 EX. MEDIC. EM DIA

SIM 1 NÃO 3

51 USAVA CINTO

SIM NÃO 3

52 USAVA CAPACETE

SIM 1 NÃO 3

53 MARCA

HONDA / CG-750

54 ESPÉCIE

PASS. MOTOCICLO

55 PLACA

QLV-4072

56 MUNICIPIO

Epitaciolândia

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

MARIE ALCEMIR J DA SILVA

59 ENDEREÇO

Rua CAP Pedro Vasconcelos - Nº 374

60 CHASSIS

9C2 KC1680 FR 573608

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM

NÃO

62 AVARIAS

media monta

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Rua DO LAZER

68 AÇÃO DO CONDUTOR

Permaneceu no Local

PONTOS

63 CARRO
65 MOTO

67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM NÃO

68 NOME

Raimundo Ferreira Liberato

69 SEXO

M 1 F 3

70 NASCIMENTO

12/10/1975

71 ENDEREÇO

Rua CAP. Pedro Vasconcelos Nº 454

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

76 SEXO

M 1 F 3

77 NASCIMENTO

CARTÓRIO AQUINO

CARTÓRIO AQUINO

CARTÓRIO AQUINO

R. Valério Cristina Azevedo dos Anjos - Titular e Oficial Registrador
Av. Amazonas, 1307 - Liberdade - Epitaciolândia/AC - Fone: (68) 3546-2254 - CEP: 89934-000 - E-mail: cartorio@detranac.gov.br

79 IDENTIDADE Nº

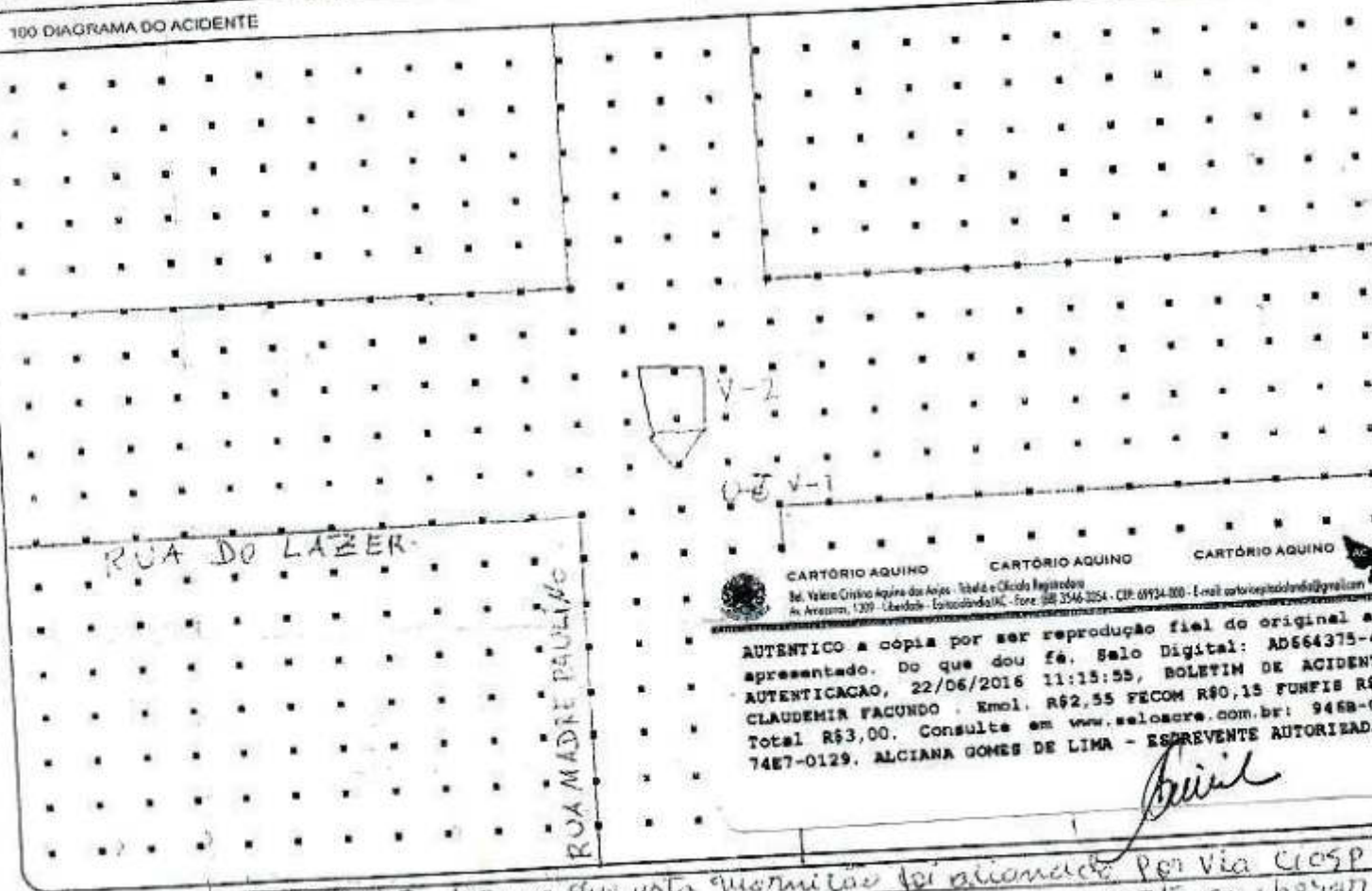
80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

AUTENTICO a cópia por ser reprodução fiel do original a mim apresentado. De que dou fé. Selo Digital: AD664374-40
AUTENTICACAO, 22/06/2016 11:15:55, BOLETIM DE ACIDENTE
CLAUDEMIR FACUNDO. Emol. R\$2,55 FECOM R\$0,15 FUNFIS R\$0,30
Total R\$3,00. Consulte em www.seloacry.com.br: 8E1C-687E
3042-09BA. ALCIANA GOMES DE LIMA - ESCRIVENTE AUTORIZADA

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 WEB120100716726. 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.

82 NOME Mariana Noemia de Lima		83 SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	84 NASCIMENTO - - - - -
85 ENDEREÇO Rua CAP. Pedro Vasconcelos N.º 3711		86 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAMA NO VEICULO N.º <input type="checkbox"/>
89 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> PASSAG. <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/>		90 CONDUZIDA PARA Conduzida para CPS, pelos BM.	
91 NOME		92 SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	93 NASCIMENTO
94 ENDEREÇO		95 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	96 VIAJAMA NO VEICULO N.º <input type="checkbox"/>
98 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> PASSAG. <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/>		99 CONDUZIDA PARA	



CARTÓRIO AQUINO
 Aut. Valdeci Cristiano Aguiar dos Anjos - Titular e Oficial Registrador
 Av. Amazonas, 1209 - Liberdade - Curitiba/PR - Fone: (41) 3346-3254 - CEP: 81214-000 - E-mail: cartorioaquino@brasil.com.br

AUTENTICO a cópia por ser reprodução fiel do original e apresentado. Do que dou fé. Salo Digital: AD564375-48
 AUTENTICACAO, 22/06/2016 11:15:55, BOLETIM DE ACIDENTE
 CLAUDEMIR FACUNDO - Emol. R\$2,55 FECOM R\$0,15 FUNFIS R\$0
 Total R\$3,00. Consulte em www.seloacre.com.br: 9468-011
 7487-0129. ALCIANA GOMES DE LIMA - ESCRIVENTE AUTORIZADA

Facundo

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES Informo que esta ocorrência foi ocasionada por via cruzada para a banda de uma ocorrência, de trânsito no Bairro do aeroporto, ao chegar no local constatamos a veracidade. Segundo relato do V-2, informo que trafegava na Rua Madre Paulino ao cruzar com a Rua do Lazer, vinha um carro GOL branco, e por isso a colisão, e em seguida apareceu o V-1, por trás do GOL branco, que rodou sobre o V-2, causando o acidente. A vítima que é esposa do V-1, teve perna direita machucada. O V-1 informo que estava na banca de Talata, e informou que deu com o V-2, que estava em Pádua.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA V-1 Mário Alcimar Juliano da Silva	103 MOTORISTA V-2 Claudemir Facundo Lima	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO
105 NOME	106 NOME	107 NOME / RG 2261
108 ASSINATURA X <i>Mário</i>	109 ASSINATURA <i>Claudemir Facundo Lima</i>	110 ASSINATURA C12 <i>Valdeci</i> Silva
111 LOCAL 708 BPM - Brasiléia		112 DATA 16/12/14



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: 220.197.072-68 4 - Nome completo da vítima: Maria Naelmia de Lima Silva

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

5 - Nome completo: Maria Naelmia de Lima Silva 6 - CPF: 220.197.072-68
 7 - Profissão: Recebe-me 8 - Endereço: R. Francisco Vieira 9 - Número: 160 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Floresta Sul 12 - Cidade: RIO BRANCO 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.906-233
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (68) 99964-6499

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
 17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 0534 003 CONTA: 00307258 2 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 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 da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nasciturus)? 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____
 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, RIO BRANCO - AC 22/12/2019
Maria Naelmia de Lima Silva
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

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.tj-ac.com.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0702143-16.2020.8.01.0001 e código 27FB933.

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



Pime contato
com a Energisa,
informe o NÚMERO

SEU CÓDIGO
0144677-0

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães, 225 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.965.803/0001-70 - Inscricao estadual: 01.001.111/001-46
Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica / Bateria Unida

Nº da Nota Fiscal: 006467649

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE (preço de
para Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

PERÍODO DE FATURAMENTO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DO DÉBITO	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2019	01/01/2020	111	55,33

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

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	2687	Atual:	06/12/2019
Anterior:	2576	Anterior:	06/11/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	03/01/2020
Consumo Médio:	111	Período:	04/12/2019
Consumo Faturado:	111	Aprovação:	06/12/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	FCAM
Data de Consumo:		30	

Descrição	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Mês 12 meses
RESID. BX. RENDA	BI	BIF17206652		1.6.1.2	108

MES DO ÚLTIMO ANO	CONSUMO	VALOR
NOV/19	107	R\$ 0,255172 = 7,65
OUT/19	106	R\$ 0,437431 = 30,62
SET/19	113	R\$ 0,656155 = 7,21
AGO/19	137	2,13
JUL/19	123	35,44
JUN/19	96	27,72-
MAI/19	114	
ABR/19	121	
MAR/19	110	
FEV/19	99	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,175454
31 A 100 - 0,341905
101 A 111 - 0,512363

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 21/12/2019. O não pagamento por 30 dias consecutivos é incluído do nome do consumidor na SPERA, caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar esta opção.

RESERVISTA LICENCIADO NOS ÚLTIMOS 5 ANOS, APRESENTE-SE PELA INTERNET (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 FISC: 2524.DE4C.BD07.84ED.9141.CCDE.DEA6.BCA6

TARIFAS DE SERVIÇOS		TARIFAS DE SERVIÇOS	
Distribuição:	24,77	Base de Cálculo:	80,92
Energia:	29,19	Alíquota ICMS:	16,00%
Transmissão:	0,74	Valor do ICMS:	12,94
Energia:	8,58	Valor do PIS:	1,03%
Tributos:	17,64	Valor do COPNS:	4,78%
			3,86

INDICADORES DE SUSTENTABILIDADE								
	DIC		FIC		DMC		DICA	
	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral
Leitura	0,00		0,00		0,00		0,00	
Realidade	9,24	18,49	36,99	4,83	9,66	19,32	4,99	

Resumo: TANGARA Período de faturação: 10/2019 Valor: 17,75
ROT: 6.001.06.12.001550 SEQ.: 00156
ROT: 6.001.06.12.001550 SEQ.: 00156



COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães, 225 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.965.803/0001-70 - Inscricao estadual: 01.001.111/001-46

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

RECIBO DO ARRECADADOR

PAGADOR: MARIA NOFIMIA DE LIMA SILVA CPF: 00022019707268
R. FRANCISCO VIEIRA 160 FLORESTA SUL CEP: 69.906-211

UC	Referencia	Data de Vencimento	Total a Pagar (R\$)
144677-0	DEZ/2019	01/01/2020	R\$ 55,33

BENEFICIÁRIO: COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A. CNPJ: 04.965.803/0001-70
Rua Valério Magalhães, 225 - Bosque - Rio Branco - AC

836900000000 8 55330045000 2 00000000144 6 67701219008 3



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL Nº 114762 DATA DE EMISSÃO 05/10/2016

MARIA NOEMIA DE LIMA SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ LUIZ DE LIMA
 MARIA LUCILA DE LIMA

NACIONALIDADE RIO BRANCO - AC
 NATURALIDADE RIO BRANCO - AC

CENTO CAS 2.176 FLS 088 LIV B-009
 BRASILEIRA - AC

220.197.072-49
 CPF

3 VIA


LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P. 89

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE
 SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RASBUÍDIO HERARDO DE MELO

Polegar Direito




Maria Noemia de Lima Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190717751

Cidade: Epitaciolândia

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA NOEMIA DE LIMA

Data do acidente: 02/04/2016

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 TRAUMÁTICA 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 CUADRÍCEP 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 TRAUMÁTICA 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 CUADRÍCEP 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
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

**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 TRAUMÁTICA 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 PERNA (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 sofreu acidente de trânsito há 3 anos, ainda tem marcha claudicante com dor crônica e precisa do auxílio de muletas para se locomover
também apresentou uma complicação com osteomielite na perna.



Dr. Beisabeth Sanchez Perez
CRM-AC 2140

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**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A**Data do acidente:** 02/04/2016**CPF de:** Próprio**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 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

 MARIA NOEMIA DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

 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**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A**Data do acidente:** 02/04/2016**CPF de:** Próprio**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 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

 MARIA NOEMIA DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

 MAIRLA LIMA DE SOUZA