

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180589635 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA ÚMERO DISTAL E OLECRANO DIREITO.

Descrição do exame físico: EVOLUIU CICATRIZ ORTOPÉDICA DE 30 CENTÍMETROS, FACE POSTERIOR DE COTOVELO DIREITO. LIMITAÇÃO EM FLEXÃO DE 90C EXTENSÃO 45C DO COTOVELO DIREITO PRONAÇÃO SUPINAÇÃO DE 40C REDUÇÃO DE ARCA MUSCULAR. COTOVELO VISIVELMENTE DEFORMADO COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL VISÍVEL.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A CIRURGIA ORTOPÉDICA, COM OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO EM ÚMERO DISTAL EM OLECRANO ALTA EM 27/07/2018.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM COTOVELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/01/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS E DA PERICIA REALIZADA OPTADO POR MANTER PARCIALMENTE A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE O EXAME MÉDICO PERICIAL DESCREVE SEQUELA FUNCIONAL GRAVE EM COTOVELO DIREITO

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180589635 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA ÚMERO DISTAL E OLECRANO DIREITO.

Descrição do exame físico: EVOLUIU CICATRIZ ORTOPÉDICA DE 30 CENTÍMETROS, FACE POSTERIOR DE COTOVELO DIREITO. LIMITAÇÃO EM FLEXÃO DE 90C EXTENSÃO 45C DO COTOVELO DIREITO PRONAÇÃO SUPINAÇÃO DE 40C REDUÇÃO DE ARCA MUSCULAR. COTOVELO VISIVELMENTE DEFORMADO COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL VISÍVEL.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A CIRURGIA ORTOPÉDICA, COM OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO EM ÚMERO DISTAL EM OLECRANO ALTA EM 27/07/2018.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM COTOVELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/01/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS E DA PERICIA REALIZADA OPTADO POR MANTER PARCIALMENTE A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE O EXAME MÉDICO PERICIAL DESCREVE SEQUELA FUNCIONAL GRAVE EM COTOVELO DIREITO

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452116/18

Número do Sinistro: 3180589635

Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA

CPF: 197.480.272-87

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 14/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALTEMIR ALVES DA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/01/2019
Nome: ALTEMIR ALVES DA COSTA
CPF: 197.480.272-87

ALTEMIR ALVES DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452116/18

Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA

CPF: 197.480.272-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/07/2018

Titular do CPF: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ALTEMIR ALVES DA COSTA : 197.480.272-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/12/2018
Nome: ALTEMIR ALVES DA COSTA
CPF: 197.480.272-87

ALTEMIR ALVES DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/12/2018
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

RECEITUÁRIO

PACIENTE: _____

Fauo

Ata que o Dr. ALTEMIR ALVES da Costa
Seferi indente de Tâmetro 14/07/18
apresentando fratura de umus distal
e olecranon cotovelo direito - foi suban-
tida a clavícula estéril com osteosin-
tase com placas e parafusos no umus
distal e banda de ténica no olecranon
direito.

Quilô com escantiz exponção de 30 cm
na face posterior do cotovelo, limitação
na flexão 90° e extensão 45° do cotovelo
(1), movimentos 40° e redução de
força muscular no membro -
portanto é portador de Arguido de
fratura e de alta médica.

DATA 10/01/19

ASSINATURA DO MÉDICO

João Siverio C.
Médico Ortopedista
CRM 483-AC

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE - CNPJ: 04.039.178.0001/05
RUA ALVORADA, Nº 54 BOSQUE - RIO BRANCO - ACRE
CEP: 69.909-380 - FONE: 3223-4608



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu. Alternaria bluedi Testa

RG nº 065143, data de expedição 23/05/18,

Órgão SSP/AE, portador do CPF nº 937480272-87, com

domicílio na cidade de Itapicuru, no Estado de

Casa, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

71 Benfina (fuerol) n° 80

complemento 60, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Altamir Alves da Costa, cujo o condutor era

Calcular el área de cada

Veículo: Moto

Modelo: CGJSO FAN ES DJ

Ano: 2034

Placa: ~~2~~ L X 93 22

Chassi: 3C2KCJ680E K 320 32 -

Data do Acidente: 31/07/2028

Local e Data: Feo Branco, 20/12/2020

Altemir Alves do Costa

Assinatura do Declarante

Altina Alko da Costa

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



155

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2567837

DATA: 14/07/2018 HORA: 16:51 USUARIO: KHERLLY

CNS:

SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ALTEMIR ALVES DA COSTA DOC...: C.SUS
 IDADE...: 64 ANOS NASC: 22/01/1954 SEXO...: MASCULINO
 ENDereco...: RODOVIA AC 40 KM 9 RAMAL DA PALHEIR NUMERO: 00000
 COMPLEMENTO...: BAIRRO:
 MUNICIPIO...: RIO BRANCO UF: AC CEP...: 69900-000
 NOME PAI/MAE...: JOSE ALVES DA COSTA /LUCINDA FELIZARDO DA COSTA
 RESPONSAVEL...: VEIO DE SAMU TEL...: 92370638
 PROCEDENCIA...: CORRENTE
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
 CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[145 X 97 mmHg] PULSO[98] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[96]

EXAM.COMPL.[] RAO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: Paciente trazido pelo SAMU DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 1/1/1
 em uso de colar cervical e prancha rígida natima de colisão carro x moto há cerca
 de 1 hora. (A) Vias aéreas permeáveis; cervical íntegra (B) Espnício; (C) Estável hemodinamicamente. (D) Glicose 14. (E) Alergia a benzocil (sic).

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① Dipirona 1g + tilatil 80mg IV

② Cefazolina 1g IV

③ RAO X: tórax e ombros ④

④ Alta da cirurgia geral; aos cuidados do ortopedista.

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

Luis J. J. J.

Médico

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IME [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Às 11:05h. do dia 14/07/18. SIC. Não foi
 realizado, pois, os exames necessários a entrar
 no aparelho da TC.

Carlos Roberto de Alencar e Silva
 Enfermeiro
 COREN - AC 395.715

Nome: ALTEMIR ALVES DA COSTA
Idade: 64 A
Data: 06/12/2018
Atendimento: 72388



RADIOGRAFIA DO BRAÇO DIREITO

RELATÓRIO:

Fratura em consolidação com osteossíntese cirúrgica interessando a diáfise distal do úmero.

Artrose umero-ulnar.

Fratura em consolidação com osteossíntese cirúrgica interessando a diáfise proximal do úmero.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

LAUDO DESCRITIVO.



DRA. MÁIRA S. P. PARENTE
MÉDICA RADIOLOGISTA
CRM-AC 1502 RQE-AC 611

MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Altamir Alves da Costa

RG nº 065.173 data de expedição 23/05/18 Órgão SSP/AC

CPF nº 197.480.272-87, 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>Tr. Benfica</u>
Número	<u>80</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Benfica</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>AC</u>
CEP	<u>69.909-710</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 3322-8871 / (68) 388477280.</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco, 10/12/18

Assinatura do Declarante: Altamir Alves da Costa

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Vitor Meireles 228 - Jangade - Rio Branco - AC
CEP: 69002-000 Fone: (066) 341-1011
Fax: (066) 341-1011 e-mail: atendimento@celeac.com.br

Nº da Nota Fiscal: 001584476

A Tarifa de Energia Elétrica - TEE é composta
pelas seguintes tarifas: TEE-Residencial e TEE-Comercial

CONTA Nº	DATA DE VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	03/07/2018	113	53,81

ALTEMIR ALVES DA COSTA
TV BENFICA (RURAL) 80 BENFICA (RURAL)
CPF: 00019744027287
CEP: 69.909-710 - RIO BRANCO

ROT: 18.001.18.36.000180

CONSUMO (KWH)	DATA DE VENCIMENTO
16566	26/06/2018
16453	24/05/2018
1,000	23/07/2018
113	21/06/2018
113	26/06/2018

Forma de Pagamento: NORMAL Código de Ingresso: 33

Consumo (KWH)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
RURAL	MONO	7043534	4.1.1.1	149	

HISTÓRICO (KWH)	DESCRIÇÃO DA FATURA
MAR/18 181	CONSUMO 113 A R\$ 0,476243 = 53,81
ABR/18 151	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,26
MAR/18 133	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 4,33
FEV/18 112	
JAN/18 102	
DEZ/17 133	
NOV/17 166	
OUT/17 200	
SET/17 195	
AGO/17 195	
TOTAL GERAL TRIBUTOS:	
2 = 113 - 0,397016	

LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28
Parabéns! Até o dia 21/06/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCAL A66F.6889.D94E.9AD9.33B2.B83F.4027.5C8B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Energia 20,25	Imposto de Renda 53,81
Energia 16,13	Imposto de Renda 16,00%
Transmissão 0,53	Valor de ICMS 8,60
Energia 8,04	Valor de PIS 0,04
Transmissão 8,86	Valor de COFINS 0,22

ENCARGOS DE CONSUMIDOR	ENCARGOS DE CONSUMIDOR
ENCARGO 11,72	ENCARGO 11,72
ENCARGO 23,44	ENCARGO 23,44
ENCARGO 46,89	ENCARGO 46,89
ENCARGO 5,54	ENCARGO 5,54
ENCARGO 11,09	ENCARGO 11,09
ENCARGO 22,18	ENCARGO 22,18
ENCARGO 6,05	ENCARGO 6,05
ENCARGO 6,73	ENCARGO 6,73
ENCARGO 5,00	ENCARGO 5,00
ENCARGO 4,20	ENCARGO 4,20

Consumo: TAQUARI Período de validade: 04/2018 Valor: 33,84

ROT: 18.001.18.36.000180

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0139100-3	53,81
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
06/2018	03/07/2018
Nº da Nota Fiscal: 001584476	FCAM

83680000000 9 53810045000 5 00000000139 6 10030618008 2





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que a ocorrência de nº **1807140074**, de **14/07/2018**, às 16:01 horas, registrada pelo SAMU como: **COLISÃO CARRO X MOTO**, com 01 vítima, trata-se da vítima **ALTEMIR ALVES DA COSTA**.

Rio Branco, 04 de DEZEMBRO 2018.

Necila Fernandes de Souza
Direção de enfermagem





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 2ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024974/2018-A03

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/11/2018 08:52 Data/Hora Fim: 12/11/2018 08:57
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: José Anibal Tinoco Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: Delegacia de Polícia - da 2ª Regional
Data/Hora do Fato: 14/07/2018 16:15

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: VIA CHICO MENDES

Bairro: Corrente

Tipo do Local: Via Pública

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: **ALTEMIR ALVES DA COSTA** (VITIMA - COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Xapuri Sexo: Masculino Nasc: 22/01/1954
Profissão: Desempregado
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Lucinda Felizarda da Costa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 197.480.273-67

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: RJO - AC-40 - KM 09
Complemento: RAMAL DA PALHEIRA
Bairro: VILA ACRE
Telefone: (68) 99955-7559 (Celular)

Nº 80



Nome Civil: **CLOVIS ALVES DE SOUZA** (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 24/12/1933
Estado Civil: Viúvo(a)
Nome da Mãe: Regina Macedo de Souza

Nome do Pai: Aureliano Alves de Souza

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 16776
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 003.219.312-20

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: Av. Principal
Complemento: Q-05
Bairro: Santa Helena

Nº 168



Delegado de Polícia Civil: José Anibal Tinoco Filho
Impresso por: Clovis de Souza Matos
Data de Impressão: 12/11/2018 08:58
Protocolo nº: Não disponível

Página: 1 de 2

PPR - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024974/2018-A03

Telefone: (68) 99910-7925 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo
Placa QLX9522
Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
UF Veículo Acre
Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI
Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido

Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Número do Chassi26382
Cor Vermelha
Município Veículo Rio Branco
Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI
Quantidade 1 Unidade

Nome Envolvido

Altamir Alves da Costa

Envolvimentos

Proprietário

Grupo Veículo
Placa QLU7773
Ano/Modelo Fabricação 2016/2018
UF Veículo Acre
Marca/Modelo MMC/TRITON SPORT HPE
Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Número do Chassi07383
Cor Marrom
Município Veículo Rio Branco
Modelo MMC/TRITON SPORT HPE
Quantidade 1 Unidade

Nome Envolvido

Clovis Alves de Souza

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE VEIO A ESTA REGIONAL INFORMAR QUE ESTAVA SAINDO DA ROTA TÓRICA DA CORRENTE NA SUA MOTOCICLETA, PLACA QLX 9522, QUANDO O AUTOR COLIDIU COM ELE, ESTE CONDUZIA UMA CAMINHONETE TRITON SPORT, PLACA QLU 7773. O COMUNICANTE SOFREU FRATURA NO BRAÇO, DIANTE DO FATO, PEDE PROVIDÊNCIAS.

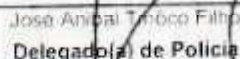
ASSINATURAS


Dano de Souza Matos
Responsável pelo Atendimento


Altamir Alves da Costa
(Comunicante / Vítima)

Declaro, sob as penas da lei, que sou titular único / responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que serei responsável por qualquer prejuízo decorrente desta declaração que for apurada, conforme previsto nos artigos 12º Denúncia / 13º Acusação e 145º Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.




José Aníbal Tinoco Filho
Delegado(a) de Polícia

Delegado de Polícia Civil José Aníbal Tinoco Filho
impresso por: Dano de Souza Matos
Data de Impressão: 12/11/2018 08:56
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

DETRAN
ACRE

Povo
do Acre

Departamento Estadual de Trânsito

BOLETIM DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

13460

NÚMERO FOLHA

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

VIA CHICO MENDES ROTÁTORIA DA BR 364

03 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

04 UF

AC

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

PRÓXIMO AO BPTON

06 HORA DA

16:15

07 ZONA

URBANA

08 DATA

17/10/2018

09 DIA DA SEMANA

SABADO

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

PARALELEPÍPEDO ☐ 5

CASCALHO ☐ 7

TERRA ☐ 9

AREIA ☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA ☒ 1

MOLHADO ☐ 3

OLEOSA ☐ 5

ENLAMEADA ☐ 7

DANIFICADA ☐ 9

OBRAS ☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM ☒ 1

CHUVA ☐ 3

NEBLINA ☐ 5

GAROA ☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

02

15 Nº DE VÍTIMAS

01

SEM VÍTIMAS ☐

COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

ALTEMIR ALVES DA COSTA

17 SEXO

☒ 1 ☐ 3

18 NASCIMENTO

22/01/1991

19 ENDEREÇO

RUA AC 40 KM 09 TV BENEFICA, RUA DA PALMEIRA N: 80 - VILA ACRE

20 1ª HABILITAÇÃO

22/06/1982

21 CATEGORIA

AC

22 PRONTUÁRIO

0033710827

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☒ NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☒ NÃO ☐ 3

27 MARCA

HONDA/CB 150 FAN

28 ESPÉCIE

MOT/PASSEIRO

29 PLACA

DLX 9522

30 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

ALTEMIR ALVES DA COSTA

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

9C2 KC 160 ER 526 382

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

36 AVÁRIAS

SERVA FRENTE, SETOR LATERAL DIREITO

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

BAIRRO - CENTRO


40 AÇÃO DO CONDUTOR

CONDUZIDO AO PS DE LA SAMU

14 DEZ 2018

PROTEÇÃO

37 CARRO



39 MOTO



41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

BAF

42 NOME CONDUTOR

CLOVIS ALVES DE SOUZA

43 SEXO

☒ 1 ☐ 3

44 NASCIMENTO

24/12/1983

45 ENDEREÇO

AV. PRINCIPAL N: 168 QOS - SANTA HELENA

46 1ª HABILITAÇÃO

10/03/1966

47 CATEGORIA

D

48 PRONTUÁRIO

01090833659

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☒ NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☒ NÃO ☐ 3

53 MARCA

MMC/TRAFFIC SPORT

54 ESPÉCIE

ESP/CAMIONETE

55 PLACA

GLU 7773

56 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

CLOVIS ALVES DE SOUZA

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

93XHYK21TYCJ07383

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

62 AVÁRIAS

SERVA LATERAL ESQUERDA (PARTE DIANTEIRA)

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

BAIRRO - CENTRO


66 AÇÃO DO CONDUTOR

VERMANEceu NO LOCAL

63 CARRO



65 MOTO



67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☒ NÃO ☐

BAF

68 NOME

CPF: 9884388228-87

69 SEXO

☐ 1 ☐ 3

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

Coordenadora de Engenharia de Trânsito

CONFERE COM O ORIGINAL

74 UF

75 NOME

76 SEXO

☐ 1 ☐ 3

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

TESTEMUNHAS

VÍTIMAS	82 NOME	ALTEMIR ALVES DA COSTA			83 SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	84 NASCIMENTO	20/11/1954
	85 ENDEREÇO	R. ACQU. KM 09 TR. BENFICA DAMAL PALMEIRA			86 FERIMENTOS	LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAV. NO VEICULO N°	01
	88 USAVA CINTO	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>			89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA	CONDUCTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG. <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5		
	90 CONDUZIDA PARA	AO Ponto Socorro pela SAMU						
VÍTIMAS	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 VIAJAV. NO VEICULO N°	
	97 USAVA CINTO	SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input type="checkbox"/> 2			98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA	CONDUCTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG. <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5		
	99 CONDUZIDA PARA							

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

Adilson
 Kiria Assaf da Silva
 CPF: 9984386228-87
 Coordenadora de Engenharia de Trânsito

CONFERE COM O ORIGINAL
 EM: 18/10/18

14 DEZ 2018

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES: INFORMADO QUE HOUVE UMA COLISÃO ENTRE V1 E V2, QUE CAUSOU FERIMENTOS PELO CORPO DO V1 E UMA POSSÍVEL FRATURA NO BRAÇO DIREITO, QUE A SAMU COM PARCELAS NO LOCAL E CONDUZIU O V1 AO Ponto Socorro. QUE SEGUNDO O V2 O MESMO TRANSITAVA NO SENTIDO BAIRRO - CENTRO HAVENDO A REALIZAÇÃO DO ROTATÓRIO OCORREU A COLISÃO E MESMO NÃO SOUBE EXPLICAR O OCORRIDO. QUE A POLÍCIA TÉCNICA COMPARCEL NO LOCAL IMEDIATAMENTE OS PROCEDIMENTOS CABÍVEIS O VEÍCULO DO V1 FOI LIBERADO AO SEU FILHO O SR. AURICÉLIO SOUZA DA COSTA, CPF. 772.967.342-04, ATUAL. QUE FOI REALIZADO O TESTE DO RAFOMETRO NO V2 COM RESULTADO QUE O V2 ESTAVA IMPOSSIBILITADO, PORÉM NÃO APRESENTAVA NENHUM SINAL EVIDENTE.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA	V1	103 MOTORISTA	V2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO	BETRAV / PMAC
105 NOME	ALTEMIR ALVES DA COSTA	106 NOME	CLÓVIS ALVES DE SOUZA	107 NOME / RG	SR. MALCON / 4646
108 ASSINATURA	IMPOSSIBILITADO	109 ASSINATURA	Clóvis de Souza	110 ASSINATURA	Adilson
111 LOCAL	RIO BRANCO, AC	112 DATA	14/10/18		

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 197.480.272-87 Nome completo da vítima: Altemir Alves da Costa

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

Nome completo: Altemir Alves da Costa CPF: _____
 Profissão: _____ Endereço: TV. Benfício Número: 60 Complemento: _____
 Bairro: Benfício Cidade: Rio Branco Estado: AC CEP: 69909-710
 E-mail: _____ Tel.(DDD): (68) 3301 8871

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

RENDA MENSAL:
☒ REQUISITO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 0534 03 CONTA: 16239 1 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.

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Assinatura: _____ Local e Data: _____
 Nome: _____
 CPF: _____
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO
Altemir Alves da Costa
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: **197.480.272-87** Nome completo da vítima: **Altemir Alves da Costa**

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

Nome completo: **Altemir Alves da Costa** CPF: _____
 Profissão: _____ Endereço: **TV. Benfício** Número: **60** Complemento: _____
 Bairro: **Benfício** Cidade: **Rio Branco** Estado: **AC** CEP: **69909-710**
 E-mail: _____ Tel.(DDD): **68 3301 8871**

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

RENDA MENSAL:
☒ REQUISITO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: **0534** **03** CONTA: **16239** **1** 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.

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Assinatura: _____ Local e Data: _____
 Nome: _____
 CPF: _____
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO
Altemir Alves da Costa
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura
 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**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: 3180589635

Nome do(a) Examinado(a): ALTEMIR ALVES DA COSTA

Endereço do(a) Examinado(a): TV BENFICA, 80 - Rio Branco/AC - CEP 69900-001

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 065173 - SSP

Data e Local do Acidente : 14/07/2018 - BAIRRO CORRENTE EM FRENTE DA ROTATÓRIA

Data e Local do Exame : 17/01/2019 RUA FLORIANO PEIXOTO, 1135 - RIO BRANCO/AC - CEP 69900-090

Resultado da Avaliação Médica

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

ACIDENTE DE TRANSITO (CARRO-MOTO) EM 14/07/2018. COM FRATURA UMEROS DISTAL E OLECRANO DIREITO.

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

SUBMETIDA A CIRURGIA ORTOPEDICA , COM OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSO EM UMEROS DISTAL EM OLECRANO ALTA EM 27/07/2018.

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

EVOLUIU CICATRIZ ORTOPEDICO DE 30 CENTIMETROS , FACE POSTERIOR DE COTOVELO DIREITO . LIMITAÇÃO EM FLEXÃO DE 90C EXTENSÃO 45C A COTOVELO DIREITO PRONAÇÃO SUPINAÇÃO DE 40C REDUÇÃO DE ARCA MUSCULAR.

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:

LIMITAÇÃO DE FLEXÃO 90° EXTENSÃO 45° PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO 40° E REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR EM MSD

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

MSD

% 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.

MSD UMEROS / COTOVELO VISIVELMENTE DEFORMADO COM LIMITAÇÃO
FUNCIONAL VISIVEL.

Dr. Arides Rodrigues Jr.
Médico
CRM-AC 1729

ARIDES RODRIGUES JUNIOR CRM : 1729 / UF :AC

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180589635

Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALTEMIR ALVES DA COSTA

Informamos que o pagamento da indenização o 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 cotovelos

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: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000534

Conta: 0000016239-1

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



Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180589635

Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALTEMIR ALVES DA COSTA

Informamos que o pagamento da indenização o 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 cotovelos

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: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000534

Conta: 0000016239-1

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, 14 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180589635

Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180589635

Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALTEMIR ALVES DA COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180589635

Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALTEMIR ALVES DA COSTA

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

Documentação médico-hospitalar

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



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: 25/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALTEMIR ALVES DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000016239-1

Nr. da Autenticação 26B27B1A419CACF6

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452116/18

Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA

CPF: 197.480.272-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/07/2018

Titular do CPF: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ALTEMIR ALVES DA COSTA : 197.480.272-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/12/2018
Nome: ALTEMIR ALVES DA COSTA
CPF: 197.480.272-87

ALTEMIR ALVES DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/12/2018
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452116/18

Número do Sinistro: 3180589635

Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA

CPF: 197.480.272-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/07/2018

Titular do CPF: ALTEMIR ALVES DA COSTA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/01/2019
Nome: ALTEMIR ALVES DA COSTA
CPF: 197.480.272-87

ALTEMIR ALVES DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180589635 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DISTAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO E/OU INTERNAMENTO, INVIABILIZOU ESTABELECE A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO.
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO.
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180589635 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DISTAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180589635 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALTEMIR ALVES DA COSTA **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DISTAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00