



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

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

Dados Básicos

Foro:	Rio Branco
Processo:	07115342420228010001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	15/05/2023 16:46:41

Partes

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

Arquivos

Petição:	2883194_CONTESTACAO_0 1 - 1-10.pdf
Anexo - Petição:	2883194_CONTESTACAO_A nexo_02 - part 02 - 1-37.pdf
Anexo - Petição:	Pages from 2883194_CONTESTACAO_A nexo_02 - part 01 - 1-35.pdf
Anexo - Petição:	KIT SEGURADORA LÍDER - 1-20.pdf



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC

Processo: 07115342420228010001

SÚMULA 474 STJ: “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez.”

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **TAILINE MOREIRA ROQUE**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **11/01/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **16/07/2018**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.012,50 (um mil e doze reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO MÉRITO

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.012,50 (um mil e doze reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(…) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.012,50 (um mil e doze reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

DA PROVA PERICIAL PARTICULAR – PROVA UNILATERAL

Conforme se verifica nos autos, o laudo particular colacionado pela parte autora não fornece todos os detalhes acerca da lesão sofridas pela mesma, informações estas extremamente necessárias para o deslinde da demanda.

Não restam dúvidas que a apuração do grau de invalidez da vítima seria mais especificada, se fosse realizada pelo IML ou por peritos judiciais, por se tratarem de profissionais que possuem experiência e capacitação para realização de tais perícias.

Corroborando com esse entendimento, temos os seguintes julgados:

“RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – SEGURO DPVAT – AUSÊNCIA DE LAUDO OFICIAL – RELATÓRIO PRODUZIDO POR MÉDICO PARTICULAR – DOCUMENTO UNILATERAL – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO.

Se a petição inicial foi instruída com laudo técnico firmado por médico particular, é imperiosa a cassação da sentença para que os autos retornem ao Juízo de origem e seja produzida nova prova, uma vez que a perícia oficial é o único meio capaz de comprovar a existência da alegada invalidez permanente. (Ap 35998/2013, DESA. MARIA HELENA GARGAGLIONE PÓVOAS, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, TJ MT. Julgado em 12/02/2014, Publicado no DJE 21/02/2014).”

“AÇÃO DE COBRANÇA – DIFERENÇA ENTRE A INDENIZAÇÃO PAGA E AQUELA EFETIVAMENTE DEVIDA – INCAPACIDADE PARCIAL – GRAU – PROVA PERICIAL MÉDICA

1 - De acordo com o enunciado da Súmula nº 474 do C. Superior de Justiça, “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez;” 2 - Para apuração do grau de incapacidade e, conseqüentemente, do valor da indenização, imprescindível a realização de perícia médica, sendo que apenas a juntada de laudo médico particular não supre tal necessidade. Sentença que deve ser anulada para que seja determinada a realização de perícia médica. RECURSO PROVIDO. Sentença anulada. (TJ-SP, Relator: Maria Lúcia Pizzotti, data de julgamento: 10/06/2015, 30ª Câmara Cível de Direito Privado).”

Desta forma, a utilização da prova pericial particular não deve ser levada em consideração por V. Exa., uma vez que a parte ré não esteve presente, através de seu assistente técnico no momento da referida avaliação, sendo certo que a utilização da mesma caracterizaria o cerceamento de defesa, devendo a demanda ser julgada improcedente, com base nas fundamentações expostas.

DO MÉRITO

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DO MÉRITO

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

CONCLUSÃO

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15 andar, Sala 1509/1512 – Centro - CEP:20021-290 – RJ – Rio de Janeiro e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono DIEGO PAULI, inscrito sob o nº 858, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 11 de maio de 2023.

DIEGO PAULI
OAB/AC 4550

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-pentoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **DIEGO PAULI**, inscrito na OAB/AC sob o nº 4550, bem como, **LEILANE CLÉA CAMPOS DO NASCIMENTO ERICSON** inscrita sob nº 4139/AC, **CINTIA VIANA CALAZANS SALIM** inscrita sob nº 3554/AC, **GIOVAL LUIZ DE FARIAS JÚNIOR**, inscrito sob o nº OAB/AC 4608, **HALLISON FRANCISCO TORRES MERCÊS** OAB/RR 1387, **KARINE CHINELLATO MATHIAS** OAB/RR 2174, **VINICIUS COSTA PERFEITO** OAB/RR 1500 e **MAYRA KELLY NAVARRO VILLASANTE** inscrita sob nº 3996/AC, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **TAILINE MOREIRA ROQUE**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO**, nos autos do Processo nº 07115342420228010001.

Rio de Janeiro, 11 de maio de 2023.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AC 3988

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

CARTA DE PREPOSTO

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresa seguradora com sede à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, nomeia e constitui como PREPOSTOS(as) **Rafael Silva Nunes**, inscrita CPF sob nº 980.785.722-49, **Dauana de Freitas**, inscrita no CPF sob nº 555.216.222-65, **Thiago Maia Viana**, inscrito no CPF sob nº 015.840.422-41, **Gioval Luiz de Farias Júnior**, inscrito no CPF sob nº 947.976.092-49, **Tainan da Silva Mendes**, inscrita no CPF sob nº 017.895.762-37, **Evandro Damaceno Stolaric**, inscrito no CPF sob nº 713.190.342-68, **Vicente Rodrigo Pereira Poerschke**, inscrito no CPF: 013.207.922-43, **Raynna Kelly Santos de Souza**, inscrita no CPF: 979.518.112-20, **Aline Karolayne Pereira da Silva**, inscrita no CPF: 023.979.962-35 e **Andreza Caroline Pereira da Silva**, inscrita no CPF: 023.980.302.-70 podendo os mesmos responderem nesta qualidade a todos os termos do Processo n. **07115342420228010001**, que tramita **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO/AC**.



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvt S.A.

123456

¹ Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

² Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

⁴"PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**" (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁵"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁶art.

1º

(...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: TAILINE MOREIRA ROQUE

Nº Sinistro: 3180397462
Vitima: TAILINE MOREIRA ROQUE
Data do Acidente: 11/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: KEILA DA SILVA ARAUJO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180397462**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13318485



Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: TAILINE MOREIRA ROQUE

Nº Sinistro: 3180397462

Vitima: TAILINE MOREIRA ROQUE

Data do Acidente: 11/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador KEILA DA SILVA ARAUJO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180397462**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **11/01/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: TAILINE MOREIRA ROQUE

Nº Sinistro: 3180537789
Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE
Data do Acidente: 11/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: KEILA DA SILVA ARAUJO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180537789**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13596303



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180537789

Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE

Data do Acidente: 11/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEILA DA SILVA ARAUJO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), TAILINE MOREIRA ROQUE

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

Autorização de pagamento

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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

Carta nº 13598732



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180537789

Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE

Data do Acidente: 11/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEILA DA SILVA ARAUJO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), TAILINE MOREIRA ROQUE

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

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180537789

Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE

Data do Acidente: 11/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEILA DA SILVA ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TAILINE MOREIRA ROQUE

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: **TAILINE MOREIRA ROQUE**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000000534**

Conta: **00000134966-5**

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 721206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

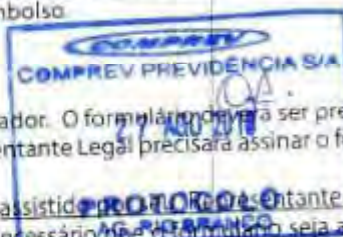
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2: "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido pelo Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").



Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

035.775.582-02

Nome completo da vítima

Tailine Moreira Roque

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Tailine Moreira Roque	035.775.582-02	Autônoma
Endereço	Número	Complemento
Rua da Luz	2404	laxa
Bairro	Estado	CEP
Belo Jardim II	Acre	69.908-022
Cidade	Telefone (DDD)	
Rio Branco	(68) 3301-8871	
Email		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. DIV. CONTA NRO. DIV.
 0534 03 134966 5
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.
 AGÊNCIA NRO. DIV. CONTA NRO. DIV.
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Rio Branco 22 de Agosto de 2018
 Local e Data

Tailine Moreira Roque

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 721206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

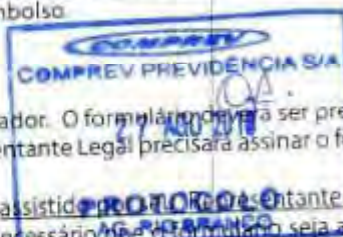
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2: "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido pelo Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").



Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: 035.775.582-02 Nome completo da vítima: Tailine Moreira Roque

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: <u>Tailine Moreira Roque</u>		CPF titular da conta: <u>035.775.582-02</u>	Profissão: <u>Autônoma</u>
Endereço: <u>Rua da Luz</u>		Número: <u>2404</u>	Complemento: <u>laxa</u>
Bairro: <u>Belo Jardim II</u>	Cidade: <u>Rio Branco</u>	Estado: <u>Acre</u>	CEP: <u>69.908-022</u>
Email: _____		Telefone (DDD): <u>(68) 3301-8871</u>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 0534 D/V: 03 CONTA: 134966 D/V: 5
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Rio Branco 22 de Agosto de 2018
 Local e Data

Tailine Moreira Roque
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 ASL: _____ CPF da vítima: 035775582-02 Nome completo da vítima: Tailine Moreira Roque

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

Nome completo: Tailine Moreira Roque CPF: _____
Profissão: Autônoma Endereço: Rua da Zé Número: 00 Complemento: 000
Bairro: Bela Jardim II Cidade: São Paulo Estado: SP CEP: 06998-922
E-mail: _____ Tel. (DDD): (65) 3301-8371

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0534 08 CONTA: 134966 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

RECEBIMENTO DE INDENIZAÇÃO
COMPREV - INDENIZAÇÃO S/A
23 NOV 2018
BRASIL

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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.**

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3180537789

Nome do(a) Examinado(a): TAILINE MOREIRA ROQUE

Endereço do(a) Examinado(a): Ramal da Zezé, , Rio Branco/AC

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / Não Informado

Data e local do acidente: 11/01/2018 - Rio Branco/AC

Data e local do exame: 05/11/2020 - Rio Branco/AC

Coordenadas Geográficas: latitude: -9.97326 , longitude: -67.81981

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Lesão cortante do Halux direito(dorso).

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

Foi submetida a tratamento cirúrgico (sutura) da ferida no Halux direito(dorso).De alta medica sem documento comprobatório.

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

Ao exame físico do 1º dedo do pé direito apresenta sem amputação, marcha normal, agachamento normal, com encurtamento, flexão alterada, extensão alterada. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o pé.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO HALUX DIREITO DE GRAU MEDIO (50%)

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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 (*)

() "Vítima em tratamento"

(X) "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.

Pé Direito - Médio - 50%

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

Paciente com parestesia e limitação funcional severa, possível lesão de nervo e tendão no Halux direito.

Dr. Edivaldo Soares Pinheiro
CRM-AC 3148



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 1ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020940/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/07/2018 13:03 Data/Hora Fim: 16/07/2018 13:13
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Bárbara

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Central de Flagrantes
Data/Hora do Fato: 11/01/2018 15:30

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: trav. guapore
Complemento: em frente a OX

Bairro: Cerâmica

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095 - Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: TAILINE MOREIRA ROQUE (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade AC - Rio Branco Sexo: Feminino Nasc: 20/12/1996
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria de Lourdes Moreira Nome do Pai: José Ferreira Roque

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1207071-8
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 035.775.582-02

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: RAMAL DA ZEZE
Bairro: BELA JARDIM II
Telefone: (68) 99959-9512 (Celular)

Nº: 2404



Nome Civil: CID NOBRE DA SILVA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 13/03/1986

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Nome Civil: ALDISNEI DA SILVA FRANÇA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 26/02/1993
Profissão: Auxiliar de Produção
Nome da Mãe: Marlucci da Silva Nome do Pai: Sebastião Pereira de França

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 014.951.252-03

Endereço

Município: Rio Branco - AC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020940/2018-A01

Logradouro: RAMAL DA ZEZE
Bairro: BELO JARDIM II

Nº: 2328

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo
Placa: NAB5850
Ano/Modelo Fabricação: 2006/2009
UF Veículo: Acre
Marca/Modelo: YAMAHA/FACTOR YBR 125 K
Quantidade: 1 Unidade

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Número do Chassi: 9C6KE122090022769
Cor: PRETA
Município Veículo: Rio Branco
Veículo Adulterado? Não
Situação: Envolvido

Nome Envolvido

Aldisnei da Silva França

Envolvimentos

Proprietário

Grupo: Veículo
Placa: NAG5843
Ano/Modelo Fabricação: 2016/2016
UF Veículo: Acre
Marca/Modelo: HONDA/CITY DX MT
Veículo Adulterado? Não
Situação: Envolvido

Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Caminhone/Caminhon
Número do Chassi: *****04347
Cor: Prata
Município Veículo: Rio Branco
Modelo: HONDA/CITY DX MT
Quantidade: 1 Unidade

Nome Envolvido

Cid Nobre da Silva

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O Comunicante compareceu a esta DP juntamente com a VITIMA, para informar do acidente de trânsito ocorrido na data e hora acima, conforme BAT nº: 0173 apresentado nesta, a que o mesmo era o condutor da motocicleta e que a vítima passageiro/garupa, sofreu lesão corporal no Pé direito.

ASSINATURAS

Nilton Cesar Alves de Sousa
Responsável pelo Atendimento



Aldisnei da Silva França
(Comunicante)

"Declaro pela presente ter de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e deixo 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 Contaminação do Código Penal Brasileiro."



Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara
Delegado(a) de Policia

DETRAN
ACRE

Povo
do Acre

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

0173

NÚMERO FOLHA

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

05 MUNICÍPIO

04 UF

03 PROXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC.

06 HORA DA OCORRÊNCIA

07 ZONA RURAL / URBANA

08 DATA

09 DIA DA SEMANA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

11 TIPO DE PAVIMENTO

12 CONDIÇÕES DA VIA

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

14 Nº DE VEÍCULOS

ATROPELAMENTO

ASFALTO

SECA

BOM

15 Nº DE VÍTIMAS

COLISÃO

CONCRETO

MOLHADO

CHUVA

SEM VÍTIMAS

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

PARALELEPÍEDO

OLEOSA

NEBLINA

COM VÍTIMAS

CHOQUE COM OBJETO FIXO

CASCALHO

ENLAMEADA

GARÇA

OUTRA (ESPECIFICAR)

TERRA

DANIFICADA

AREIA

OBRAS

16 NOME CONDUTOR

17 SEXO

18 NASCIMENTO

19 ENDEREÇO

20 1ª HABILITAÇÃO

21 CATEGORIA

22 PRONTUÁRIO

23 UF

24 EX. MÉDICO EM DIA

25 USAVA CINTO

26 USAVA CAPACETE

27 MARCA

28 ESPÉCIE

29 PLACA

30 MUNICÍPIO

31 UF

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

35 COMPARECEU NO POSTO

36 AVARIAS

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

40 AÇÃO DO CONDUTOR

37 CARRO

39 MOTO

41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

42 NOME CONDUTOR

43 ENDEREÇO

45 1ª HABILITAÇÃO

47 CATEGORIA

48 PRONTUÁRIO

49 UF

50 EX. MÉDICO EM DIA

51 USAVA CINTO

52 USAVA CAPACETE

53 MARCA

54 ESPÉCIE

55 PLACA

56 MUNICÍPIO

57 UF

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

61 COMPARECEU NO POSTO

62 AVARIAS

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

66 AÇÃO DO CONDUTOR

63 CARRO

65 MOTO

67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

68 NOME

71 ENDEREÇO

75 NOME

78 ENDEREÇO

69 SEXO

70 NASCIMENTO

72 IDENTIDADE

69 SEXO

77 NASCIMENTO

73 ÓRGÃO EMISSOR

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

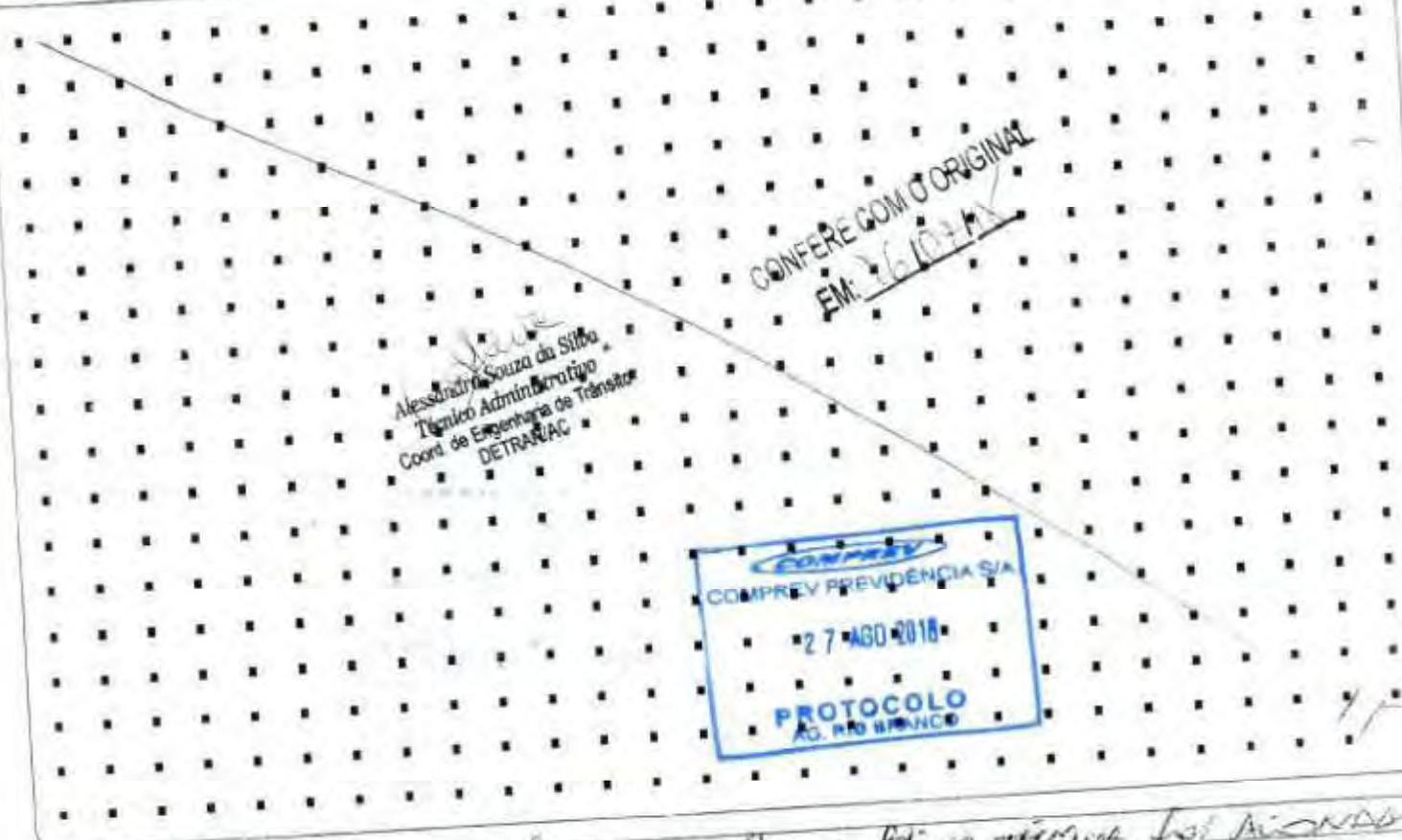
81 UF

Alessandro Souza da Silva
Técnico Administrativo
Coord. de Engenharia de Trânsito
DETRAN/AC

CONFERE COM O ORIGINAL
EM 16/11/2018

82 NOME TAIANE MORGAN ROQUE		83 SEXO M ☐ F ☒	84 NASCIMENTO 2008/09/06
85 ENDEREÇO Rua da Zeca 2324		86 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	87 VIAJAVO NO VEÍCULO N° 2
88 USAVA CINTO SIM ☐ NÃO ☒		89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUCTOR ☐ 1 PASSAG ☒ 3 PEDESTRE ☐ 5	
90 CONDUZIDA PARA PRONTO-SOARES		91 NOME	92 SEXO M ☐ F ☐
93 NASCIMENTO		94 ENDEREÇO	95 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐
96 VIAJAVO NO VEÍCULO N°		97 USAVA CINTO SIM ☐ NÃO ☒	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUCTOR ☐ 1 PASSAG ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5
99 CONDUZIDA PARA			

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE



101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Informamos que a vítima morreu por acidente e realizou os procedimentos que houve acordo entre as partes e que cada condutor assumiu seus danos. Original contra assinatura do cond. 12 por parte do cond. 13. O mesmo acompanhou a vítima ao Acre.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA ✓1	103 MOTORISTA ✓2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO Batista
105 NOME	106 NOME	107 NOME / RG Batista Nery 3896
108 ASSINATURA [Signature]	109 ASSINATURA	110 ASSINATURA [Signature]
111 LOCAL Rio Branco - Acre	112 DATA 11/10/18	



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 1ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020940/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/07/2018 13:03 Data/Hora Fim: 16/07/2018 13:13
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: Leonardo Alves de Alvarenga Santa Bárbara

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Central de Flagrantes
Data/Hora do Fato: 11/01/2018 15:30

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: Trav. Guapore
Complemento: em frente a OX

Bairro: Cerâmica

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095 - Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: TAILINE MOREIRA ROQUE (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade AC - Rio Branco Sexo: Feminino Nasc: 20/12/1996
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria de Lourdes Moreira Nome do Pai: José Ferreira Roque

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1207071-8
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 035 775 582-02

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: RAMAL DA ZEZE
Bairro: BELA JARDIM II
Telefone: (68) 99959-9512 (Celular)

Nº 2404



Nome Civil: CID NOBRE DA SILVA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 13/03/1986

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Nome Civil: ALDISNEI DA SILVA FRANÇA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 26/02/1993
Profissão: Auxiliar de Produção
Nome da Mãe: Marluce da Silva Nome do Pai: Sebastião Pereira de França

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 014.951.252-03

Endereço

Município: Rio Branco - AC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020940/2018-A01

Logradouro: RAMAL DA ZEZE
Bairro: BELO JARDIM II

Nº: 2328

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo
Placa: NAB5850
Ano/Modelo Fabricação: 2006/2009
UF Veículo: Acre
Marca/Modelo: YAMAHA/FACTOR YBR 125 K
Quantidade: 1 Unidade

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Número do Chassi: 9C6KE122090022769
Cor: PRETA
Município Veículo: Rio Branco
Veículo Adulterado? Não
Situação: Envolvido

Nome Envolvido

Aldisnei da Silva França

Envolvimentos

Proprietário

Grupo: Veículo
Placa: NAG5843
Ano/Modelo Fabricação: 2016/2016
UF Veículo: Acre
Marca/Modelo: HONDA/CITY DX MT
Veículo Adulterado? Não
Situação: Envolvido

Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Caminhone/Caminhon
Número do Chassi: *****04347
Cor: Prata
Município Veículo: Rio Branco
Modelo: HONDA/CITY DX MT
Quantidade: 1 Unidade

Nome Envolvido

Cid Nobre da Silva

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O Comunicante compareceu a esta DP juntamente com a VITIMA, para informar do acidente de trânsito ocorrido na data e hora acima, conforme BAT nº: 0173 apresentado nesta, a que o mesmo era o condutor da motocicleta e que a vítima passageiro/garupa, sofreu lesão corporal no Pé direito.

ASSINATURAS

Nilton Cesar Alves de Sousa
Responsável pelo Atendimento



Aldisnei da Silva França
(Comunicante)

"Declaro pela presente ter de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e deixo 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 Contaminação do Código Penal Brasileiro."



Leonardo Alves de Alvarenga Santa Barbara
Delegado(a) de Policia

DETRAN
ACRE

Povo
do Acre

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

0173

NÚMERO FOLHA

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

05 MUNICÍPIO

04 UF

03 PROXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC.

06 HORA DA OCORRÊNCIA

07 ZONA RURAL / URBANA

08 DATA

09 DIA DA SEMANA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

COLISÃO

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

CHOQUE COM OBJETO FIXO

OUTRA (ESPECIFICAR)

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO

CONCRETO

PARALELEPÍEDO

CASCALHO

TERRA

AREIA

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA

MOlhADO

OLEOSA

ENLAMEADA

DANIFICADA

OBRAS

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM

CHUVA

NEBLINA

GARÇA

14 Nº DE VEÍCULOS

02

15 Nº DE VÍTIMAS

01

SEM VÍTIMAS ☐ COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

CYD NOBRE DA SILVA

17 SEXO

M ☒ F ☐

18 NASCIMENTO

11/30/1980

19 ENDEREÇO

Rua da Revolução nº 70 RCG.

89991-6171

20 1ª HABILITAÇÃO

25/05/2006

21 CATEGORIA

AB

22 PRONTUÁRIO

038.858.5824

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ NÃO ☐

25 USAVA CINTO

SIM ☐ NÃO ☐

26 USAVA CAPACETE

SIM ☐ NÃO ☐

27 MARCA

Renault City

28 ESPÉCIE

Passageiro

29 PLACA

NAG 5843

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

33TGME53062204347

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

36 AVARIAS

5600 frontal lado esquerdo

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

TRM GUAPORÉ - EST DA USINA

40 AÇÃO DO CONDUTOR

Permaneceu no local

37 CARRO



39 MOTO



41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

BAF

42 NOME CONDUTOR

ALDISNEI DA SILVA FRANCA

43 ENDEREÇO

Tram da Zefe 2328 Belo Jardim

45 1ª HABILITAÇÃO

15/05/2012

47 CATEGORIA

A

48 PRONTUÁRIO

0549038207

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ NÃO ☐

51 USAVA CINTO

SIM ☐ NÃO ☐

52 USAVA CAPACETE

SIM ☐ NÃO ☐

53 MARCA

VW 125 125 125

54 ESPÉCIE

Passageiro

55 PLACA

NAB 5850

56 MUNICÍPIO

Rio Branco

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

906KE1220.90022769

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

62 AVARIAS

5600 ATRÁS APARENTE

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

TRM GUAPORÉ - TRM HABITADA

66 AÇÃO DO CONDUTOR

Permaneceu no local

63 CARRO



65 MOTO



67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

BAF

68 NOME

71 ENDEREÇO

75 NOME

78 ENDEREÇO

69 SEXO

M ☐ F ☐

70 NASCIMENTO

72 IDENTIDADE

73 ÓRGÃO EMISSOR

69 SEXO

M ☐ F ☐

77 NASCIMENTO

79 IDENTIDADE

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

Alessandro Souza da Silva
Técnico Administrativo
Coord. de Engenharia de Trânsito
DETRANAC

CONFERE COM O ORIGINAL
EM 16/11/2018

82 NOME TAIANE MORGAN ROQUE		83 SEXO M ☐ F ☒	84 NASCIMENTO 2008/09/06
85 ENDEREÇO Rua da Zeca 2324		86 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	87 VIAJAVO NO VEICULO N° ☒
88 USAVA CINTO SIM ☐ NÃO ☒		89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUCTOR ☐ 1 PASSAG ☒ 3 PEDESTRE ☐ 5	
90 CONDUIZIDA PARA PRONTO-SOARES		91 NOME	92 SEXO M ☐ F ☐
93 NASCIMENTO		94 ENDEREÇO	95 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐
96 VIAJAVO NO VEICULO N° ☐		97 USAVA CINTO SIM ☐ NÃO ☒	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUCTOR ☐ 1 PASSAG ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5
99 CONDUIZIDA PARA			

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE



101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Informamos que a vítima morreu por acidente e realizou os procedimentos que houve acordo entre as partes e que cada condutor assumiu seus danos. Original da cópia assinada do cond. 12 por parte do cond. 12 consta assinatura do cond. 12 por parte do cond. 12.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA ✓1	103 MOTORISTA ✓2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO Bruno
105 NOME	106 NOME	107 NOME / RG Bruno Morg 3896
108 ASSINATURA [Signature]	109 ASSINATURA	110 ASSINATURA [Signature]
111 LOCAL Rio Bruno - Ave	112 DATA 11/10/18	

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Fabiane Mariana Roque</i>	CPF da Vítima <i>035.775.582-02</i>	Data do Acidente <i>13/05/2018</i>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>Fabiane Mariana Roque</i>	CPF do Representante legal <i>035.775.582-02</i>
Email <i>fabiane.mroque@gmail.com</i>	Telefone (DDD) <i>(68) 3301-8871</i>

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Rio Branco 22 de Agosto de 2018
Local e Data

Fabiane Mariana Roque

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Guilherme Moreira Roque CPF da Vítima: 035.775.582-02 Data do Acidente: 13/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: COMPREV PREVIDÊNCIA S/A CPF do Representante legal: 035.775.582-02
Email: 27 AGO 2018 Telefone (DDD): (81) 3301-8871

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Rio Branco 22 de Agosto de 2018
Local e Data

Guilherme Moreira Roque

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192	Data Emissão: 09/07/2018 Hora Emissão: 15:18 Operador:
Nº da Ocorrência 1801110069	Qtd. Vítimas 1	Dt/Hr Início: 11/01/2018 15:39 Dt/Hr Término: 11/01/2018 16:58	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: COLISÃO CARRO X MOTO

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante:
End.: EST DO AVIÁRIO 2/1128
Bairro: AVIÁRIO
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: PRÓX A OK MAGAZINE

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
 Telefone do Solicitante: (68) 981227522
 Queixa: CARRO MOTO 2



Origem da Ligação: DOMICÍLIO

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: TALINE MOREIRA ROQUE	Idade: 21 ANO(s)	Sexo: FEMININO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

AValiação NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 11/01/2018 16:29
	Avaliação: PCT LOTE Q-15 COM LACERAÇÃO EM REGIÃO SUPERIOR DO PE COM LESÕES E PELE E TENÇÕES PA-120/60 SPO2-99% FC-98 BPM FR-20 MMHg	
Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 11/01/2018 16:41
	Avaliação: SOLICITANTE INFORMA QUE PCT ESTÁ COM UM FERIMENTO NO MMII E NÃO SOUBE PRECISAR SE APRESENTA FRATURA. ALEM DE FOCO COM SANGRAMENTO ATIVO	

AValiação ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 11/01/2018 16:26	Situação: 1
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 11/01/2018 16:26	Situação: 2
	Destino: HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO - HUURB		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 11/01/2018 16:26	Situação: 3
	Intervenção:		
Observação:			
Vítima	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 11/01/2018 16:26	Situação: 4

Decisão: ENVIO DE VEÍCULO

Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO

Data/Hora: 11/01/2018 16:26

Situação: F

Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA

Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO

Data/Hora: 11/01/2018 16:26

Situação: F

Intercorrência:

Observação:

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USB 07 RB0	Data/Hora Envio Equip: 11/01/2018 15:46
	Dt./Hr. Saída Base: 11/01/2018 15:46	Dt./Hr. Chegada Local: 11/01/2018 15:56
	Dt./Hr. Saída Local: 11/01/2018 16:01	Dt./Hr. Chegada Destino: 11/01/2018 16:19
	Dt./Hr. Saída Destino: 11/01/2018 16:19	Dt./Hr. Chegada Base:

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuação pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
SULY MICHERLANE NASCIMENTO	11/01/2018 15:39		SULY MICHERLANE NASCIMENTO
SULY MICHERLANE NASCIMENTO	11/01/2018 15:39	SULY MICHERLANE NASCIMENTO	EM FILA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	11/01/2018 15:41	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	11/01/2018 15:52	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	11/01/2018 16:10	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	11/01/2018 16:26	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA



SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192	Data Emissão: 09/07/2018 Hora Emissão: 15:18 Operador:
Nº da Ocorrência 1801110069	Qtd. Vítimas 1	Dt/Hr Início: 11/01/2018 15:39 Dt/Hr Término: 11/01/2018 16:58	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: COLISÃO CARRO X MOTO

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante:
End.: EST DO AVIÁRIO 2/1128
Bairro: AVIÁRIO
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: PRÓX A OK MAGAZINE

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
 Telefone do Solicitante: (68) 981227522
 Queixa: CARRO MOTO 2



Origem da Ligação: DOMICÍLIO

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: TALINE MOREIRA ROQUE	Idade: 21 ANO(s)	Sexo: FEMININO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

AValiação NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 11/01/2018 16:29
	Avaliação: PCT LOTE Q-15 COM LACERAÇÃO EM REGIÃO SUPERIOR DO PE COM LESÕES E PELE E TENÇÕES PA-120/60 SPO2-99% FC-98 BPM FR-20 MMHg	
Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 11/01/2018 16:41
	Avaliação: SOLICITANTE INFORMA QUE PCT ESTÁ COM UM FERIMENTO NO MMII E NÃO SOUBE PRECISAR SE APRESENTA FRATURA. ALEM DE FOCO COM SANGRAMENTO ATIVO	

AValiação ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 11/01/2018 16:26	Situação: 1
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 11/01/2018 16:26	Situação: 2
	Destino: HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO - HUURB		
	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 11/01/2018 16:26	Situação: 3
	Intervenção:		
Observação:			
Vítima	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 11/01/2018 16:26	Situação: 4

Decisão: ENVIO DE VEÍCULO

Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO

Data/Hora: 11/01/2018 16:26

Situação: F

Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA

Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO

Data/Hora: 11/01/2018 16:26

Situação: F

Intercorrência:

Observação:

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USB 07 RB0	Data/Hora Envio Equip: 11/01/2018 15:46
	Dt./Hr. Saída Base: 11/01/2018 15:46	Dt./Hr. Chegada Local: 11/01/2018 15:56
	Dt./Hr. Saída Local: 11/01/2018 16:01	Dt./Hr. Chegada Destino: 11/01/2018 16:19
	Dt./Hr. Saída Destino: 11/01/2018 16:19	Dt./Hr. Chegada Base:

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuação pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
SULY MICHERLANE NASCIMENTO	11/01/2018 15:39		SULY MICHERLANE NASCIMENTO
SULY MICHERLANE NASCIMENTO	11/01/2018 15:39	SULY MICHERLANE NASCIMENTO	EM FILA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	11/01/2018 15:41	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	11/01/2018 15:52	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	11/01/2018 16:10	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	11/01/2018 16:26	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

11/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

318053778902

VALOR TOTAL:

675,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TAILINE MOREIRA ROQUE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000134966

Número da Autenticação

B73859585BAF7393

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

04/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

318053778901

VALOR TOTAL:

337,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TAILINE MOREIRA ROQUE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000134966

Número da Autenticação

64EB287A4F2394CF

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Taizine Moreira Roque,

RG nº 1207071-8, data de expedição 25/11/16, Órgão SSP/AC,

CPF nº 035.775.582-03 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>Rm. da Fênix</u>
Número	<u>2404</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Belo Jardim II</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>Acre</u>
CEP	<u>69.908-022</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 3301-8871 / 99939-5644</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco 22/08/2018

Assinatura do Declarante: Taizine Moreira Roque





Para consultar com a
Eletrobras informe
este número

SEU CÓDIGO

0081135-2

001879580

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	07/08/2018	226	180,84

SEBASTIAO PEREIRA DE FRANCA
RM DA ZEZE DO BELLO JARDIM II
CPF: 00019609930204
CEP: 69.908-022 - RIO BRANCO

ROT: 33.001.38.03.000080

CONSUMO (KWH)	DATA DE VENCIMENTO
727	27/07/2018
501	27/06/2018
1.000	25/08/2018
226	24/07/2018
226	27/07/2018

NORMAL 30

RESIDENCIAL	MONO	MON17114693	1.1.1.1	250
-------------	------	-------------	---------	-----

CONSUMO (KWH)	DESCRIÇÃO DA CONTA
JUN/18 218	CONSUMO 226 A R\$ 0,766626 = 173,25
MAI/18 283	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 7,59
ABR/18 0	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA = 11,78
MAR/18 0	
FEV/18 0	
JAN/18 0	
DEZ/17 0	
NOV/17 0	
OUT/17 0	
SET/17 0	

TARIFA COM TRIBUTOS
0,4 - 226 = 0,229500

MEMÓRIAS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
05/2018 209,55

Informamos sobre o débito vencido em valor de R\$ 209,55 (com acréscimo de juros) até esta data. Caso o(a) devedor(a) não pague o valor devido, a Eletrobras Distribuição do Acre, com o(a) devedor(a) em atraso, poderá ser encaminhado para cobrança judicial.

LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28

37AB 30C8 BC80 6306 90FF D4FC 30D0 064F

CONSUMO (KWH)	IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$
56,97	173,25
45,43	25,00%
1,51	43,31
22,65	0,60
46,69	2,78

INDICADORES DE CONTABILIDADE	DT	DT	DT	DT	DT	DT	DT	DT
6,27	12,54	25,08	3,92	7,85	15,70	3,71		
0,00			0,00			0,00		
SÃO FRANCISCO						05/2018		90,61



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Keila da Silva Araújo,

RG nº 951675, data de expedição 24/06/16, Órgão SSP/RO

CPF nº 906.421.472-72 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>Nações Unidas</u>
Número	<u>719</u>
Apto / Complemento	<u>Box 03</u>
Bairro	<u>Boqueirão</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>Acre</u>
CEP	<u>69.900-463</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 3301-8871 / 99919-5644</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco 22/08/2018

Assinatura do Declarante: Keila da S. Araújo



001871001

PERÍODO	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	11/08/2018	226	187,66

KELIS REGINA BEZERRA MESQUITA DA ROCHA
AV. NACÕES UNIDAS 719 BOX 03 BOSQUE
CPF: 0005633396215
CEP: 69.900-463

ROT: 4.001.04.03.002100

DADOS DA UNIDADE	DATA DE INÍCIO
2800	25/07/2018
1579	27/06/2018
1,000	22/08/2018
226	24/07/2018
226 FCAH	25/07/2018

NORMAL

28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

COMERCIAL	BI	BIF16205233	3,6,1,2	246
-----------	----	-------------	---------	-----

PERÍODO	DESCRIÇÃO DA CONTA
JUN/18 191	CON LIMO 226 A R\$ 0,766606 = 173,25
MAR/18 255	CON R. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 7,59
ABR/18 293	CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00 0,73
MAR/18 278	MULTA POR ATRASO 05/18-00 4,81
FEV/18 171	JURIS DE MORA DE IMPO 05/18-00 1,28
JAN/18 90	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 11,28
DEZ/17 319	
NOV/17 231	
OUT/17 267	
SET/17 312	
TARIFA DE FORTALECIMENTO	
S.A. 000 0,000000	

RESCISÃO DE DEBITOS E REAVISADO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
06/2018 154,30

AVISO DE DEBITOS VENCIDOS
Informamos a respeito de débitos vencidos no valor de R\$ 154,30 sem acréscimos (juros) até esta data. Caso não seja pago, a dívida será encaminhada para cobrança judicial, com todos os ônus decorrentes.

LIGUE 0800 647 7196 PARA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28

6069.F01B.0FFA.22EC.C180.CE00.59C7.9F1E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Consumo 56,97	Consumo 173,25
Taxa 45,44	Taxa 25,00%
Taxa 1,51	Taxa 43,31
Taxa 22,61	Taxa 0,60
Taxa 46,61	Taxa 2,78

INDICADORES DE CONFORMIDADE

INDICADOR	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE
Consumo	6,27	12,54	25,08	3,92	7,85	15,70	3,71	
Taxa	0,00			0,00			0,00	
SAO FRANCISCO					05/2018		81,65	

ROT: 4.001.04.03.002100

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

Elektrobras
Distribuição S/A

0394141-8

187,66

DATA DE VENCIMENTO

13/08/2018

07/2018

001871001 FCAH

83640000201 1 87360045000 4 00000000394 7 14180718000 0



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Taizine Moreira Roque,

RG nº 1207071-8, data de expedição 25/11/16, Órgão SSP/AC,

CPF nº 035.775.582-03 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>Rm. da Fênix</u>
Número	<u>2404</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Belo Jardim II</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>Acre</u>
CEP	<u>69.908-022</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 3301-8871 / 99939-5644</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco 22/08/2018

Assinatura do Declarante: Taizine Moreira Roque





Para consultar com a
Eletrobras informe
este número

SEU CÓDIGO

0081135-2

001879580

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	07/08/2018	226	180,84

SEBASTIAO PEREIRA DE FRANCA
RM DA ZEZE DO BELLO JARDIM II
CPF: 00019609930204
CEP: 69.908-022 - RIO BRANCO

ROT: 33.001.38.03.000080

CONSUMO (KWH)	DATA DE VENCIMENTO
727	27/07/2018
501	27/06/2018
1.000	25/08/2018
226	24/07/2018
226	27/07/2018

NORMAL 30

RESIDENCIAL	MONO	MON17114693	1.1.1.1	250
-------------	------	-------------	---------	-----

CONSUMO (KWH)	DESCRIÇÃO DA CONTA
JUN/18 218	CONSUMO 226 A R\$ 0,766626 = 173,25
MAI/18 283	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 7,59
ABR/18 0	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA = 11,78
MAR/18 0	
FEV/18 0	
JAN/18 0	
DEZ/17 0	
NOV/17 0	
OUT/17 0	
SET/17 0	

TARIFA COM TRIBUTOS
0,4 - 226 = 0,229500

MEMÓRIAS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
05/2018 209,55

***** FIM DO DEBITO VENCIDO *****
Informe o valor do debito vencido e o valor de R\$
***** 209,55 (com acrescimo de juros) ate esta data. Caso o
debito ja tenha sido pago, por favor, procure uma loja de
credenciada da Eletrobras Distribuição do Acre, com o seu
documento de pagamento.

LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28

37AB 30C8 BC80 6306 90FF D4FC 30D0 064F

CONSUMO (KWH)	IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$
56,97	173,25
45,43	25,00%
1,51	43,31
22,65	0,60
46,69	2,78

INDICADORES DE CONTABILIDADE	DT	DT	DT	DT	DT	DT	DT	DT	DT
6,27	12,54	25,08	3,92	7,85	15,70	3,71			
0,00			0,00			0,00			
SAO FRANCISCO						05/2018			90,61



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Keila da Silva Araújo,

RG nº 951675, data de expedição 24/06/16, Órgão SSP/RO

CPF nº 906.421.472-72 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>Nações Unidas</u>
Número	<u>719</u>
Apto / Complemento	<u>Box 03</u>
Bairro	<u>Boqueirão</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>Acre</u>
CEP	<u>69.900-463</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 3301-8871 / 99919-5644</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco 22/08/2018

Assinatura do Declarante: Keila da S. Araújo



001871001

PERÍODO	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	11/08/2018	226	187,66

KELIS REGINA BEZERRA MESQUITA DA ROCHA
AV. NACIOES UNIDAS 719 BOX 03 BOSQUE
CPF: 0005633396215
CEP: 69.900-463

ROT: 4.001.04.03.002100

DADOS DA UNIDADE	DATA DE INÍCIO
2800	25/07/2018
1579	27/06/2018
1,000	22/08/2018
226	24/07/2018
226 FCAH	25/07/2018

NORMAL

28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

COMERCIAL	BI	BIF16205233	3,6,1,2	246
-----------	----	-------------	---------	-----

PERÍODO	DESCRIÇÃO DA CONTA
JUN/18 191	CON LIMO 226 A R\$ 0,76606 = 173,25
MAR/18 255	CON R. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 7,59
ABR/18 293	CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00 0,73
MAR/18 278	MUL'A POR ATRASO 05/18-00 4,81
FEV/18 171	JURIS DE MORA DE IMPO 05/18-00 1,28
JAN/18 90	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 11,28
DEZ/17 319	
NOV/17 231	
OUT/17 267	
SET/17 312	
TARIFA DE FORTALECIMENTO	
S.A. 000 0,00000	

RESCISÃO DE DEBITOS E REAVISADO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
06/2018 154,30

***** AVISO DE DEBITOS VENCIDOS *****
Informamos a respeito de débitos vencidos no valor de R\$
*****154,30 sem acréscimos (juros) até esta data. Caso não
deposite o valor em até 10 dias, passamos a cobrar uma taxa de
atrasamento de 10% sobre o valor devido. Com isso, o valor
proveniente do pagamento.

LIGUE 0800 647 7196 | FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28

6069.F01B.0FFA.22EC.C180.CE00.59C7.9F1E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Consumo 56,97	Consumo 173,25
Taxa 45,41	Taxa 25,00%
Taxa 1,51	Taxa 43,31
Taxa 22,61	Taxa 0,60
Taxa 46,61	Taxa 2,78

INDICADORES DE CONFORMIDADE

Unidade	Consumo	Reserva	Reserva	Consumo	Reserva	Consumo	Reserva
6,27	12,54	25,08	3,92	7,85	15,70	3,71	
0,00			0,00			0,00	
SAO FRANCISCO				05/2018		81,65	

ROT: 4.001.04.03.002100

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

Elektrobras
Distribuição S/A

0394141-8

187,66

DATA DE VENCIMENTO

13/08/2018

07/2018

13/08/2018

001871001 FCAH

83640000201 1 87360045000 4 00000000394 7 14180718000 0



COMPANHIA ELETRICIDADE DO ACRE S/A
Rua Amazonas, 1228 - São Paulo - Rio Branco - AC
CEP: 69.000-000
Fone: (067) 311-1111
FAX: (067) 311-1111

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

CONTA Nº	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	07/11/2018	209	173,18

SEBASTIAO PEREIRA DE FRANCA
RM DA ZEZE 00 BELO JARDIM II
CPF: 00019609930204
CEP: 69.908-022 - RIO BRANCO

ROT: 38.001.38.03.000080

DATA DE LEITURA	VALOR
29/10/2018	1345
28/09/2018	1136
25/11/2018	1.000
24/10/2018	209
29/10/2018	209

Classe de Consumo: NORMAL Código de Irregularidade: 31

Classe de Consumo	Alíquota	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Medida 13 meses
RESIDENCIAL	MONO	MON17114693		1.1.1.1	227

PERÍODO DE VENC.	CONSUMO	VALOR
SET/18	206	163,35
AGO/18	203	7,02
JUL/18	226	2,81
JUN/18	218	
MAI/18	283	
ABR/18	0	
MAR/18	0	
FEV/18	0	
JAN/18	0	
DEZ/17	0	

TARIFA DE ILUMINACAO PUB. (COSIP)
2A. VIA PEDIDO CONSUM. 05/18-00
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 10,43

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
05/2018 209,55

LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28

COMPONENTES DA CONTA - R\$	VALORES DEBITADOS - R\$
Consumo	52,68
Alíquota ICMS	42,01
Alíquota IPI	1,40
Alíquota IPTU	20,95
Alíquota ITR	46,31

COMPONENTES DA CONTA - R\$	VALORES DEBITADOS - R\$
Consumo	163,35
Alíquota ICMS	25,00%
Alíquota IPI	40,83
Alíquota IPTU	0,98
Alíquota ITR	4,50

SAO FRANCISCO 08/2018 65,00



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site: <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Vilva da Silva Araújo inscrito (a) no CPF 906.421.472 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Tailine Moreira Roque inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.775.582 / 02 do sinistro de DPVAT cobertura Invóluculo da Vítima Tailine Moreira Roque inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.775.582 / 02 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recebe - R Renda: Recebe - R e apresento os documentos comprobatórios:

Recebe - R

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no Código Penal.



Endereço <u>Av. Nações Unidas</u>		Número <u>719</u>	Complemento <u>Box 03</u>
Bairro <u>Boque</u>	Cidade <u>Rio Branco</u>	Estado <u>Acre</u>	CEP <u>69.900-463</u>
Email	Telefone comercial (DDD) <u>(68) 3301-8873</u>	Telefone celular (DDD) <u>(68) 99919-5644</u>	

Rio Branco, 22 de Agosto de 2018
Local e Data

Vilva da Silva Araújo

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site: <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Viviane da Silva Araújo inscrito (a) no CPF 906.421.472 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Tailine Moreira Roque inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.775.582 / 02 do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vítima Tailine Moreira Roque inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.775.582 / 02 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recebe - R Renda: Recebe - R e apresento os documentos comprobatórios:

Recebe - R

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no Código Penal.



Endereço <u>Av. Nações Unidas</u>		Número <u>719</u>	Complemento <u>Box 03</u>
Bairro <u>Boque</u>	Cidade <u>Rio Branco</u>	Estado <u>Acre</u>	CEP <u>69.900-463</u>
Email		Telefone comercial (DDD) <u>(68) 3301-8873</u>	Telefone celular (DDD) <u>(68) 99919-5644</u>

Rio Branco, 22 de Agosto de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Aldisnei da Silva Franca,
RG nº 10935746, data de expedição 08/01/2018
Órgão SSP/AC, portador do CPF nº 034.951.252-03, com
domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de
Acre, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rm. da Luz, Belo Jardim II, nº 2404
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Tulene Mexia Roque cujo o condutor era
Aldisnei da Silva Franca

Veículo: motocicleta
Modelo: Yamaha/Factor YBR K
Ano: 2008/2009
Placa: NAB 5850
Chassi: 9C6KE122090022769
Data do Acidente: 11/01/2018
Local e Data: Rio Branco 17/08/2018

Aldisnei da Silva Franca  2º Tabelionato
de Rio Branco - AC
Assinatura do Declarante

Aldisnei da Silva Franca
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º Tabelionato de Notas & 2º Registro Civil - Rio Branco/AC
Tabelionato Registrador Intimado: Suelton Otton Mendes Lima, 1 Via Chico Mendes, 1437, Vila do DNEP
CEP: 69.006-190. Telefone: (68) 3224.3952 - e-mail: tabelionato2@rioac.org.br

Reconheço por verdadeira a assinatura indicada de **ALDISNEI DA SILVA FRANCA**
Lançada na minha presença. Des. Fe. Rio Branco - AC, 17 de agosto de 2018, Emol. R\$
2,81; F.Comp. R\$0,16; E.Fisc. R\$0,33. Total: R\$3,30.

Em test. da verdade.
Pablo Antonio Silva de Almeida - Escrevente Autorizado
Selo: AC03856-01 Código: 6807-480C-BF5D 8DB9
Cada a autent. cidade do selo em: www.seloacre.com.br



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Aldisnei da Silva Franca,
RG nº 10935746, data de expedição 08/01/2018
Órgão SSP/AC, portador do CPF nº 034.951.252-03, com
domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de
Acre, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rm. da Luz, Belo Jardim II, nº 2404
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Tulene Mexia Roque cujo o condutor era
Aldisnei da Silva Franca

Veículo: motocicleta
Modelo: Yamaha/Factor YBR K
Ano: 2008/2009
Placa: NAB 5850
Chassi: 9C6KE122090022769
Data do Acidente: 11/01/2018
Local e Data: Rio Branco 17/08/2018

Aldisnei da Silva Franca  2º Tabelionato
de Rio Branco - AC
Assinatura do Declarante

Aldisnei da Silva Franca
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º Tabelionato de Notas & 2º Registro Civil - Rio Branco/AC
Tabelionato Registrador Intimado: Suelton Otton Mendes Lima, 1 Via Chico Mendes, 1437, Vila do DNEP
CEP: 69.006-190. Telefone: (68) 3224.3952 - e-mail: tabelionato2@rioac.org.br

Reconheço por verdadeira a assinatura indicada de **ALDISNEI DA SILVA FRANCA**
Lançada na minha presença. Des. Fe. Rio Branco - AC, 17 de agosto de 2018, Emol. R\$
2,81; F.Comp. R\$0,16; E.Fisc. R\$0,33. Total: R\$3,30.

Em test. da verdade.
Pablo Antonio Silva de Almeida - Escrevente Autorizado
Selo: AC03856-01 Código: 6807-480C-BF5D 8DB9
Cada a autent. cidade do selo em: www.seloacre.com.br



UNSA EXTERNA

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2522868 DATA: 11/01/2018 HORA: 16:30 USUARIO: MARCIA DE LIMA
CNS: 703403212560814 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : TAILINE MOREIRA ROQUE
IDADE : 21 ANOS NASC: 20/12/1996
ENDERECO : TRAVESSA JOAQUIM CHAVES
COMPLEMENTO : VEIO COM SAMU BAIRRO: AVIARIO
MUNICIPIO : RIO BRANCO
NOME PAI/MAE : JOSE FERREIRA ROQUE
RESPONSAVEL : ACOMP. ALDISNEY DA SILVA
PROCEDENCIA : AVIARIO
ATENDIMENTO : ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL : NAO PLANO DE SAUDE : NAO
ACID. TRABALHO : NAO VEIO DE AMBULANCIA : SIM

DOC.: N/T
SEXO.: FEMININO
NUMERO: 2208
UF: AC CEP.: 69900-000
/MARIA DE LOURDES MOREIRA
TEL.: 99612-7827

TRAUMA: SIM

PA[130X80 mmHg] PULSO[85] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[90%]

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

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

DADOS CLINICOS: *politrauma devido a colisao com
t/cabo com base no per. direito. sem fraturas
de lin. superior, contusao em face medial do p. com separacao de cart.
lagoa em talus. Paciente não consegue realizar flexao de talus.*
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

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

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

CID:

HORARIO DA MEDICACAO

Paracetamol - 400mg EV - 16:40

Cefalotina 1g EV - 16:40

Dilixina - 100mg EV - 16:40

Atorvastatina - 10mg EV - 16:40

DATA DA SAIDA:

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

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA: [] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

FAMILIA [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA DO MEDICO

Alto de emergência geral

COMPREV PREVIDENCIA S/A
27 AGO 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

Fernanda Residência Médica Cirurgia Geral CRM/AC 20330

16:30 - Deu entrada no SET. Conduzido em nave, procedente de via pública. Víctimo de colisão carro x moto. Lucida e orientado estava usando capacete, apresentando laceração em dorso do pé direito. P.A 130x80 mmHg, FC 85bpm, SPO2 100%.


FELIPE HENRIQUE DE M. DANTAS
CRM/AC 2708

AV otorrinolaringológica

22/10/18

Lesões corporais de natos moles
em laringe

Seu lúmen transverso

Seu lúmen no radiografar

Conduto x Alto + ~~Conduto~~

Emc. o nado clatrouna
o clínea lúingua


FELIPE HENRIQUE DE M. DANTAS
CRM/AC 2708

SANIE / HUERE
CÓPIA
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL



UNSA EXTERNA

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2522868 DATA: 11/01/2018 HORA: 16:30 USUARIO: MARCIA DE LIMA
CNS: 703403212560814 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : TAILINE MOREIRA ROQUE
IDADE: 21 ANOS NASC: 20/12/1996
ENDERECO: TRAVESSA JOAQUIM CHAVES
COMPLEMENTO: VEIO COM SAMU BAIRRO: AVIARIO
MUNICIPIO: RIO BRANCO
NOME PAI/MAE: JOSE FERREIRA ROQUE
RESPONSAVEL: ACOMP. ALDISNEY DA SILVA
PROCEDENCIA: AVIARIO
ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC.: N/T
SEXO.: FEMININO
NUMERO: 2208
CEP.: 69900-000
UF: AC
/MARIA DE LOURDES MOREIRA
TEL.: 99612-7827

TRAUMA: SIM

PA[130X80 mmHg] PULSO[85] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[90%]
EXAM. COMPL. [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: *politrauma devido a colisao com
t/cabo e colar de segurança no por direito. Não houve
de lesões superficiais/feridas em face medial do joelho com presença de coágulo
sanguineo em talve. Paciente não consegue realizar flexão de joelho.*
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

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

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

CID:

HORARIO DA MEDICACAO

*Paracetamol - 400mg EV - 16:40
Cefalotina 1g EV - 16:40
Dilixina - 100mg EV - 16:40
Tetraciclina - 100mg EV - 16:40*

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA: []
[] DESISTENCIA

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

FAMILIA: [] ANAT. PATOL.:

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA DO MEDICO

Alto de emergência geral

COMPREV PREVIDENCIA S/A
27 AGO 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

Fernanda
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRM/AC 2030

16:30 - Deu entrada no SET. Conduzido em nave. precedente
de via publica. Vítima de colisão carro x moto. Lucida
enunciado estava usando capacete, apresentando laceração
em dorso do pé direito. P.A 130x80 mmHg, FC 85bpm, SPO2 100%.


FELIPE HENRIQUE DE M. DULL
CRM/AC 2708

AV otorrinolaringológica

22/08/18

Lesões corporais de natos moles
em laringe

Seu lúmen transverso

Seu lúmen no radiografar

Consulto - Alto + ~~Exatidão~~

Em C. o nado distorcido
o clínea laringea


FELIPE HENRIQUE DE M. DULL
CRM/AC 2708

SANAR / HUERR
CÓPIA

CONFIRME DIR. 10



Dr. MARCELO PIMENTA

Ortopedia e Traumatologia

CRM 1.791-AC / TEOT 15.217



TAILINE MOREIRA ROQUE

LAUDO MÉDICO



ATESTO para os devidos fins que se fizerem necessários, junto ao DPVAT, que a paciente acima recebeu alta ambulatorial na data de hoje, em virtude de lesão complexa em pé direito, mais precisamente na região do hálux direito.

Ao exame físico: apresenta rigidez articular metatarso-falangeana, de maior intensidade na flexão plantar do hálux, estando restrito a aproximadamente uns 10º de flexão, além de parestesia na face medial e na lateral do hálux, isso de caráter permanente.

A paciente apresentou Boletim de Entrada do HUERB nº 2522868, datado de 11/01/2018, o qual relata que a mesma sofreu acidente moto x carro, no mesmo dia.

É o que tenho a relatar.

CID 10: S 91.3 / T 93.0

Rio Branco-AC, 09/11/2018.

Dr. Marcelo Pimenta
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1.791 - AC

PEDIDO DE REANÁLISE E REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

À

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Processo N°: 3280 53 7789

Vítima: Tatiane Moreira Roque

Natureza: INVALIDEZ

Prezados Senhores

Referente ao processo administrativo DPVAT por invalidez permanente acima mencionado, venho através deste, solicitar que o processo seja re-analisado em virtude de a indenização ter sido paga apenas o valor de 337,50 com a devida constatação de lesões e sequelas existentes.

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

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

(68) 99937-5823

Tatiane Moreira Roque

Rio Branco/AG de Outubro de 20 20.



RECEITUÁRIO

PACIENTE: Tailene Moura Roque

Lando per D.O.V.A.T.

Clare com relato de

Ter sido atropelada por um carro,
quando atravessava um rua moto,
no dia 11/01/2018, evoluindo com
lesão costal no dorso do Hôter
direita. Hoje com limitação fun-
cional, paraflexia e dor. Hoje
com sequelas de 75% de fratura
no momento da consulta. Causa.
Trauma de Alta

CID 591

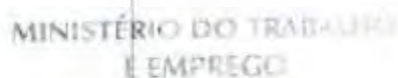
591.3

DATA: 26/10/2020

ASSINATURA DO MÉDICO

Tel. (68) 32234608 – Rua Alvorada nº 54 CEP 69900-000 Rio Branco – Acre.

WOMEN'S POLITICAL LIFE IN SWAN STATE EXAMINER



166.43727.34-1

AC

Table No. 1		Table No. 2	
Year	Population	Year	Population
1950	100	1950	100
1955	110	1955	110
1960	120	1960	120
1965	130	1965	130
1970	140	1970	140
1975	150	1975	150
1980	160	1980	160
1985	170	1985	170
1990	180	1990	180
1995	190	1995	190
2000	200	2000	200
2005	210	2005	210
2010	220	2010	220
2015	230	2015	230
2020	240	2020	240



LAC

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

27 AGO 2018

PROTOCOLLO
AG. RIO BRANCO



STAFF INTERVIEW: MOREIRA ROQUE

.....DYPNIA
.....JÓZEF FERREIRA RODRIGUES

MURILLO DE LOAYZA, M.

НАБОРНОЕ — 2012/13

STANDARD TIME COVERED

NATURALGAS: RIO DUNCO - AD

DOCUMENTO... A.D. 1870

LEI Nº 8.240, DE 18 DE MAIO DE 1991

CPIA..... 030.775.582-02

THE ELEMENTS

... 2011. 2012. 2013. 2014. 2015. 2016. 2017. 2018. 2019. 2020. 2021. 2022. 2023. 2024. 2025. 2026. 2027. 2028. 2029. 2030. 2031. 2032. 2033. 2034. 2035. 2036. 2037. 2038. 2039. 2040. 2041. 2042. 2043. 2044. 2045. 2046. 2047. 2048. 2049. 2050. 2051. 2052. 2053. 2054. 2055. 2056. 2057. 2058. 2059. 2060. 2061. 2062. 2063. 2064. 2065. 2066. 2067. 2068. 2069. 2070. 2071. 2072. 2073. 2074. 2075. 2076. 2077. 2078. 2079. 2080. 2081. 2082. 2083. 2084. 2085. 2086. 2087. 2088. 2089. 2090. 2091. 2092. 2093. 2094. 2095. 2096. 2097. 2098. 2099. 2100. 2101. 2102. 2103. 2104. 2105. 2106. 2107. 2108. 2109. 2110. 2111. 2112. 2113. 2114. 2115. 2116. 2117. 2118. 2119. 2120. 2121. 2122. 2123. 2124. 2125. 2126. 2127. 2128. 2129. 2130. 2131. 2132. 2133. 2134. 2135. 2136. 2137. 2138. 2139. 2140. 2141. 2142. 2143. 2144. 2145. 2146. 2147. 2148. 2149. 2150. 2151. 2152. 2153. 2154. 2155. 2156. 2157. 2158. 2159. 2160. 2161. 2162. 2163. 2164. 2165. 2166. 2167. 2168. 2169. 2170. 2171. 2172. 2173. 2174. 2175. 2176. 2177. 2178. 2179. 2180. 2181. 2182. 2183. 2184. 2185. 2186. 2187. 2188. 2189. 2190. 2191. 2192. 2193. 2194. 2195. 2196. 2197. 2198. 2199. 2200. 2201. 2202. 2203. 2204. 2205. 2206. 2207. 2208. 2209. 2210. 2211. 2212. 2213. 2214. 2215. 2216. 2217. 2218. 2219. 2220. 2221. 2222. 2223. 2224. 2225. 2226. 2227. 2228. 2229. 2230. 2231. 2232. 2233. 2234. 2235. 2236. 2237. 2238. 2239. 2240. 2241. 2242. 2243. 2244. 2245. 2246. 2247. 2248. 2249. 2250. 2251. 2252. 2253. 2254. 2255. 2256. 2257. 2258. 2259. 2260. 2261. 2262. 2263. 2264. 2265. 2266. 2267. 2268. 2269. 2270. 2271. 2272. 2273. 2274. 2275. 2276. 2277. 2278. 2279. 2280. 2281. 2282. 2283. 2284. 2285. 2286. 2287. 2288. 2289. 2290. 2291. 2292. 2293. 2294. 2295. 2296. 2297. 2298. 2299. 2300. 2301. 2302. 2303. 2304. 2305. 2306. 2307. 2308. 2309. 2310. 2311. 2312. 2313. 2314. 2315. 2316. 2317. 2318. 2319. 2320. 2321. 2322. 2323. 2324. 2325. 2326. 2327. 2328. 2329. 2330. 2331. 2332. 2333. 2334. 2335. 2336. 2337. 2338. 2339. 2340. 2341. 2342. 2343. 2344. 2345. 2346. 2347. 2348. 2349. 2350. 2351. 2352. 2353. 2354. 2355. 2356. 2357. 2358. 2359. 2360. 2361. 2362. 2363. 2364. 2365. 2366. 2367. 2368. 2369. 2370. 2371. 2372. 2373. 2374. 2375. 2376. 2377. 2378. 2379. 2380. 2381. 2382. 2383. 2384. 2385. 2386. 2387. 2388. 2389. 2390. 2391. 2392. 2393. 2394. 2395. 2396. 2397. 2398. 2399. 2400. 2401. 2402. 2403. 2404. 2405. 2406. 2407. 2408. 2409. 2410. 2411. 2412. 2413. 2414. 2415. 2416. 2417. 2418. 2419. 2420. 2421. 2422. 2423. 2424. 2425. 2426. 2427. 2428. 2429. 2430. 2431. 2432. 2433. 2434. 2435. 2436. 2437. 2438. 2439. 2440. 2441. 2442. 2443. 2444. 2445. 2446. 2447. 2448. 2449. 2450. 2451. 2452. 2453. 2454. 2455. 2456. 2457. 2458. 2459. 2460. 2461. 2462. 2463. 2464. 2465. 2466. 2467. 2468. 2469. 2470. 2471. 2472. 2473. 2474. 2475. 2476. 2477. 2478. 2479. 2480. 2481. 2482. 2483. 2484. 2485. 2486. 2487. 2488. 2489. 2490. 2491. 2492. 2493. 2494. 2495. 2496. 2497. 2498. 2499. 2500. 2501. 2502. 2503. 2504. 2505. 2506. 2507. 2508. 2509. 2510. 2511. 2512. 2513. 2514. 2515. 2516. 2517. 2518. 2519. 2520. 2521. 2522. 2523. 2524. 2525. 2526. 2527. 2528. 2529. 2530. 2531. 2532. 2533. 2534. 2535. 2536. 2537. 2538. 2539. 2540. 2541. 2542. 2543. 2544. 2545. 2546. 2547. 2548. 2549. 2550. 2551. 2552. 2553. 2554. 2555. 2556. 2557. 2558. 2559. 2560. 2561. 2562. 2563. 2564. 2565. 2566. 2567. 2568. 2569. 2570. 2571. 2572. 2573. 2574. 2575. 2576. 2577. 2578. 2579. 2580. 2581. 2582. 2583. 2584. 2585. 2586. 2587. 2588. 2589. 2590. 2591. 2592. 2593. 2594. 2595. 2596. 2597. 2598. 2599. 2600. 2601. 2602. 2603. 2604. 2605. 2606. 2607. 2608. 2609. 2610. 2611. 2612. 2613. 2614. 2615. 2616. 2617. 2618. 2619. 2620. 2621. 2622. 2623. 2624. 2625. 2626. 2627. 2628. 2629. 2630. 2631. 2632. 2633. 2634. 2635. 2636. 2637. 2638. 2639. 2640. 2641. 2642. 2643. 2644. 2645. 2646. 2647. 2648. 2649. 2650. 2651. 2652. 2653. 2654. 2655. 2656. 2657. 2658. 2659. 2660. 2661. 2662. 2663. 2664. 2665. 2666. 2667. 2668. 2669. 2670. 2671. 2672. 2673. 2674. 2675. 2676. 2677. 2678. 2679. 2680. 2681. 2682. 2683. 2684. 2685. 2686. 2687. 2688. 2689. 2690. 2691. 2692.

LOCALITY 207

20/10/20

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

FILIACIÓN

DATA DE NASC. DO
DOCUMENTO:

☐ NONE

DOCUMENTO

None

DOCUMENTO

504

DOCUMENTO

LEGENDA

A. DIBAMENTO	C. DIBATO	E. DIBAMENTO/CONTINUAÇÃO	L. DIBAMENTO
A. SETE	D. SETE	F. SETE	M. SETE

TRABALHADOR

Esta Carteira de Trabalho - CTPS, emitida pelo Ministério do Trabalho e Emprego, por ato do Decreto nº 4.842 de 15-07-1962 e posteriormente reformulada pelo Decreto nº 5.072 de 19-06-2004, tem validade CLT. Para a validade da carteira, é necessário que o trabalhador esteja em situação regular de qualquer natureza perante o empregador.

Esta carteira de trabalho contém os dados pessoais do trabalhador, documentos pessoais e informações relativas à sua situação perante a legislação trabalhista, bem como para a emissão de documentos necessários à obtenção de benefícios previdenciários, garantidos pela Lei nº 8.213 de 24-07-1991, bem como para a obtenção de benefícios previdenciários, garantidos pela Lei nº 8.213 de 24-07-1991.

Esta carteira de trabalho contém os dados pessoais do trabalhador, documentos pessoais e informações relativas à sua situação perante a legislação trabalhista, bem como para a emissão de documentos necessários à obtenção de benefícios previdenciários, garantidos pela Lei nº 8.213 de 24-07-1991, bem como para a obtenção de benefícios previdenciários, garantidos pela Lei nº 8.213 de 24-07-1991.

Esta carteira de trabalho contém os dados pessoais do trabalhador, documentos pessoais e informações relativas à sua situação perante a legislação trabalhista, bem como para a emissão de documentos necessários à obtenção de benefícios previdenciários, garantidos pela Lei nº 8.213 de 24-07-1991, bem como para a obtenção de benefícios previdenciários, garantidos pela Lei nº 8.213 de 24-07-1991.

Ministério do Trabalho e Emprego - www.mte.gov.br



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

166.43727.34-1

2497881

0050

AC

Tailine Moreira Roque



U3

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

27 AGO 2018

PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO



TAILINE MOREIRA ROQUE

FILIAÇÃO: JOSE FERREIRA ROQUE

MARIA DE LOURDES MOREIRA

SEXO: FEMININO

NASCIMENTO: 19/12/1988

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: RIO DE JANEIRO - RJ

DOCUMENTO: P.B. 123070118 SUP AC 09/08/2011

LEI Nº 9.046, DE 16 DE MAIO DE 1996

CPF: 030.775.083-03

TÍT. ELEITOR: 030.775.083-03

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SETEMBRO - 28/11/2018

TÍT. ELEITOR: 030.775.083-03

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SETEMBRO - 28/11/2018

TÍT. ELEITOR: 030.775.083-03

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SETEMBRO - 28/11/2018

TÍT. ELEITOR: 030.775.083-03

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SETEMBRO - 28/11/2018

TÍT. ELEITOR: 030.775.083-03

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SETEMBRO - 28/11/2018

TÍT. ELEITOR: 030.775.083-03

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SETEMBRO - 28/11/2018

TÍT. ELEITOR: 030.775.083-03

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SETEMBRO - 28/11/2018

TÍT. ELEITOR: 030.775.083-03

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SETEMBRO - 28/11/2018

TÍT. ELEITOR: 030.775.083-03

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SETEMBRO - 28/11/2018

TÍT. ELEITOR: 030.775.083-03

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SETEMBRO - 28/11/2018

TÍT. ELEITOR: 030.775.083-03

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SETEMBRO - 28/11/2018

TÍT. ELEITOR: 030.775.083-03

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SETEMBRO - 28/11/2018

TÍT. ELEITOR: 030.775.083-03

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SETEMBRO - 28/11/2018

TÍT. ELEITOR: 030.775.083-03

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SETEMBRO - 28/11/2018

TÍT. ELEITOR: 030.775.083-03

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SETEMBRO - 28/11/2018

TÍT. ELEITOR: 030.775.083-03

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SETEMBRO - 28/11/2018

TÍT. ELEITOR: 030.775.083-03

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SETEMBRO - 28/11/2018

TÍT. ELEITOR: 030.775.083-03

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SETEMBRO - 28/11/2018

TÍT. ELEITOR: 030.775.083-03

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SETEMBRO - 28/11/2018

TÍT. ELEITOR: 030.775.083-03

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SETEMBRO - 28/11/2018

TÍT. ELEITOR: 030.775.083-03

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SETEMBRO - 28/11/2018

TÍT. ELEITOR: 030.775.083-03

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

TIPO DE

DATA DE NASCIMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

LEGENDA

A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO / B - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO / C - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO / D - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO / E - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

PHOTOGRAPH PLASTICATION
1224660700



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CONTRAN

Nº 011612270578

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

01 00116957670 2017

ALDISNEI DA SILVA FRANCA

014.991.252-03

NAB5850 AC

9C6KE122090022769

YAMAHA/FACTOR YB 125 K

2P/0124GC/

PREMIO TAFIÁRIO

R\$10.7

R\$185.5

18/01/2018

SEN RESERVA DE DOMÍNIO * BENEFITARIO

RIO BRANCO-AC

AC Nº 011612270578

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodocontranito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

01 014.991.252-03

00116957670

YAMAHA/FACTOR YB125 K

2008

9C6KE122090022769

PREMIO TAFIÁRIO

R\$81.29

R\$4.15

16/01/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.240.608/0001-04

011612270

318736804

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
27 AGO 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CONTRAN

Nº 011612270578

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

01 00116957670 2017

ALDISNEI DA SILVA FRANCA

014.991.252-03

NAB5850 AC

9C6KE122090022769

YAMAHA/FACTOR YB 125 K

2P/0124GC/

PREMIO TAFIÁRIO

R\$10.7

R\$185.5

18/01/2018

SEN RESERVA DE DOMÍNIO * BENEFITARIO

RIO BRANCO-AC

AC Nº 011612270578

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodocontranito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

01 014.991.252-03

00116957670

YAMAHA/FACTOR YB125 K

2008

9C6KE122090022769

PREMIO TAFIÁRIO

R\$81.29

R\$4.15

16/01/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.240.608/0001-04

011612270

318736804

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
27 AGO 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314324/18
Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE
CPF: 035.775.582-02

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 11/01/2018
Titular do CPF: TAILINE MOREIRA ROQUE

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
DUT
Outros

KEILA DA SILVA ARAUJO : 906.421.472-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

TAILINE MOREIRA ROQUE : 035.775.582-02

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 cancela 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: 27/08/2018
Nome: KEILA DA SILVA ARAUJO
CPF/CNPJ: 906.421.472-72

KEILA DA SILVA ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/08/2018
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

SIS DPVAT - Sinistros

Detalhe do Sinistro

Sinistro | Histórico

ASL: ASL-0314324/18
 Nº do sinistro: 3100397462
 Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS
 Dependência: 053E

Num. Sequência: 1
 Prioritário

Natureza do sinistro: Invalides
 Status: Negado

RAZÃO DA NEGATIVA: Negativa técnica

PORTO SEGURO CIA de Seguros

DADOS SINISTRO

Data da reclamação: 27/08/2018
 Data do último documento entregue: 27/08/2018

Data do sinistro: 11/01/2018
 Horário: 15:30

DADOS DA VÍTIMA

Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE
 CPF: 035.775.582-02
 CPF del. Proprio: ☐

Data de nascimento: 20/12/1996
 Sexo: Feminino

Titular do CPF: TAILINE MOREIRA ROQUE

Data da última carga: 28/08/2018

Sinistro em processo de regulação. Não é possível receber documentos.

10/25 14/11/2018



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414707/18

Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE

CPF: 035.775.582-02

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 11/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TAILINE MOREIRA ROQUE

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
DUT
Outros

KEILA DA SILVA ARAUJO : 906.421.472-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

TAILINE MOREIRA ROQUE : 035.775.582-02

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: 14/11/2018
Nome: KEILA DA SILVA ARAUJO
CPF: 906.421.472-72

KEILA DA SILVA ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018
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-0414707/18

Número do Sinistro: 3180537789

Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE

CPF: 035.775.582-02

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 11/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TAILINE MOREIRA ROQUE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

TAILINE MOREIRA ROQUE : 035.775.582-02

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: 23/11/2018
Nome: KEILA DA SILVA ARAUJO
CPF: 906.421.472-72

KEILA DA SILVA ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/11/2018
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180537789 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE **Data do acidente:** 11/01/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: Lesão cortante do Halux direito(dorso).

Descrição do exame físico: Ao exame físico do 1º dedo do pé direito apresenta sem amputação, marcha normal, agachamento normal, com encurtamento, flexão alterada, extensão alterada. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o pé. Paciente com parestesia e limitação funcional severa, possível lesão de nervo e tendão no Halux direito

Resultados terapêuticos: Foi submetida a tratamento cirúrgico (sutura) da ferida no Halux direito(dorso).De alta medica sem documento comprobatório.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO HÁLUX DIREITO DE GRAU INTENSO (75%)

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/11/2020

Conduta mantida: Não

Observações: Não foram descritas alterações que repercutam em todo o pé pelo médico examinador
Descontar valor já indenizado

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180537789 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE **Data do acidente:** 11/01/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: Lesão cortante do Halux direito(dorso).

Descrição do exame físico: Ao exame físico do 1º dedo do pé direito apresenta sem amputação, marcha normal, agachamento normal, com encurtamento, flexão alterada, extensão alterada. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o pé. Paciente com parestesia e limitação funcional severa, possível lesão de nervo e tendão no Halux direito

Resultados terapêuticos: Foi submetida a tratamento cirúrgico (sutura) da ferida no Halux direito(dorso).De alta medica sem documento comprobatório.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO HÁLUX DIREITO DE GRAU INTENSO (75%)

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/11/2020

Conduta mantida: Não

Observações: Não foram descritas alterações que repercutam em todo o pé pelo médico examinador
Descontar valor já indenizado

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180537789 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE **Data do acidente:** 11/01/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (ANEXO P1 P4)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: INDENIZADO EM GRAU LEVE DO HÁLUX DIREITO.
(@ PÁG 1) 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.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180537789 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE **Data do acidente:** 11/01/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (ANEXO P1 P4)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: INDENIZADO EM GRAU LEVE DO HÁLUX DIREITO.
(@ PÁG 1) 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.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180537789 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE **Data do acidente:** 11/01/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO HÁLUX DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE HÁLUX DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO DR MARCELO PIMENTA CRM-AC 1791 DATADO EM 09/11/2018.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180537789 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE **Data do acidente:** 11/01/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO HÁLUX DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE HÁLUX DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO DR MARCELO PIMENTA CRM-AC 1791 DATADO EM 09/11/2018.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome Tailine Moreira Roque
Nacionalidade: Brasileira, Est. Civil Casado
Profissão Autônoma
Identidade 1207071-8 CPF: 035.775.582-02
Endereço Rm. da Fez, 2404, Belo Jardim II

OUTORGADA:

Nome: **KEILA DA SILVA ARAUJO**
Nacionalidade: **BRASILEIRA** Est. Civil: **SOLTEIRA**.
Profissão: **EMPRESARIA**
Identidade: **951675 SSP/RO** CPF: **906421472-72**
Endereço: **Av: NAÇÕES UNIDAS 242 Bairro: BOSQUE**
RIO BRANCO-AC CEP-**69900463**

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

RIO BRANCO/AC

17/08/2018

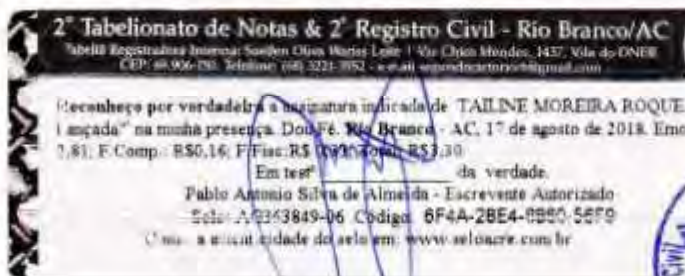


OUTORGANTE

Tailine Moreira Roque

(Reconhecer firma por autenticidade)

2º Tabelionato
de Rio Branco/AC



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome Tailine Moreira Roque
Nacionalidade: Brasileira, Est. Civil Casado
Profissão Autônoma
Identidade 1207071-8 CPF: 035.775.582-02
Endereço Rm. da Fez, 2404, Belo Jardim II

OUTORGADA:

Nome: **KEILA DA SILVA ARAUJO**
Nacionalidade: **BRASILEIRA** Est. Civil: **SOLTEIRA**.
Profissão: **EMPRESARIA**
Identidade: **951675 SSP/RO** CPF: **906421472-72**
Endereço: **Av: NAÇÕES UNIDAS 242 Bairro: BOSQUE**
RIO BRANCO-AC CEP-**69900463**

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

RIO BRANCO/AC

17/08/2018



OUTORGANTE

Tailine Moreira Roque

(Reconhecer firma por autenticidade)

2º Tabelionato
de Rio Branco/AC



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414707/18

Número do Sinistro: 3180537789

Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE

CPF: 035.775.582-02

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 11/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TAILINE MOREIRA ROQUE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

TAILINE MOREIRA ROQUE : 035.775.582-02

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: 23/11/2018
Nome: KEILA DA SILVA ARAUJO
CPF: 906.421.472-72

KEILA DA SILVA ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/11/2018
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-0414707/18

Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE

CPF: 035.775.582-02

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 11/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TAILINE MOREIRA ROQUE

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
DUT
Outros

KEILA DA SILVA ARAUJO : 906.421.472-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

TAILINE MOREIRA ROQUE : 035.775.582-02

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: 14/11/2018
Nome: KEILA DA SILVA ARAUJO
CPF: 906.421.472-72

KEILA DA SILVA ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414707/18

Número do Sinistro: 3180537789

Vítima: TAILINE MOREIRA ROQUE

CPF: 035.775.582-02

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 11/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TAILINE MOREIRA ROQUE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 29/10/2020

Nome: KEILA DA SILVA ARAUJO

CPF: 906.421.472-72

KEILA DA SILVA ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2020

Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix

CPF: 025.787.852-10

Thayane Pinheiro Fernandes Felix