

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIANO DA SILVA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000030133-9

Nr. da Autenticação A563DFF64DAB1C69

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Carta nº: 13047563

A/C: LUCIANO DA SILVA DE ARAUJO

Nº Sinistro: 3180151683
Vítima: LUCIANO DA SILVA DE ARAUJO
Data do Acidente: 02/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: LUCIANO DA SILVA DE ARAUJO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000534

Conta: 0000030133-9

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180151683 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO DA SILVA DE ARAUJO **Data do acidente:** 02/01/2018 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Lesao tendinea do extensor do 2do dedo da mão direita

Descrição do exame médico pericial: Mão direita: cicatriz da lesao traumatica de 2 cm na face dorsal (FD) do 2do dedo, semi-anquilose no 2do dedo, limitação funcional por rigidez dos demais dedos e redução da força muscular da mão.

Resultados terapêuticos: Tratamento: cirurgico para tenorrafia do extensor do dedo, e fisioterapia. Alta; Abril de 2018

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MÃO DIREITA

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS

CRM do médico: 1820

UF do CRM do médico: RO

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

LAUDARE ASSESSORIA E PERÍCIAS MÉDICAS LTDA EPP

Médico revisor: Eduardo Paiva Reis

CRM do médico: 86996

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180151683

Nome do(a) Examinado(a): LUCIANO DA SILVA DE ARAUJO

Endereço do(a) Examinado(a): ESTRADA DO AVIÁRIO - Rio Branco/AC -
CEP 69900-854

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 10505610 - SSP AC

Data e Local do Acidente : 02/01/2018

Data e Local do Exame : 01/06/2018 RUA GUANABARA, 3456 - ESQUINA
COM A RUA PA - PORTO VELHO/RO - CEP 76803-842

Resultado da Avaliação Médica

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

Diagnostico: Lesao tendinea do extensor do 2do dedo da mão direita

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

Tratamento: cirurgico para tenorrafia do extensor do dedo, e fisioterapia.

Alta; Abril de 2018

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

Exame fisico: Mão direita: cicatriz da lesao traumatica de 2 cm na face dorsal (FD) do 2do dedo, semianquiose no 2do dedo, limitação funcional por rigidez dos demais dedos e redução da força muscular da mão.

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

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

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

Funcional: Semianquiose do 2do dedo da mão direita, limitação funcional dos demais dedos da mão direita e redução da força muscular na mão.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em

caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

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

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

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

Região Corporal

mão direita

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

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


José L. Silverio C.
Médico Ortopedista
CREMERO-1822

JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS CRM : 1820 / UF :RO



Declaração de Acidente de Trânsito Nº 307/2018

**COMUNICAMOS A V. Sª QUE NESTA DATA COMPARECEU O CONDUTOR ABAIXO IDENTIFICADO
DECLARANDO QUE SE ENVOLVEU EM ACIDENTE DE TRÂNSITO.**

1. LOCAL/DATA DO ACIDENTE

DATA: 02/01/2018	HORA: 11:50
LOGRADOURO: RUA MARTE COM RUA MELÃO	
BAIRRO: MORADA DO SOL	CIDADE: RIO BRANCO
REFERÊNCIA: PROXIMO AO CAMISA 10	UF: AC

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

PLACA: MZV3463	MARCA: HONDA	MODELO: CG150/TITAN KS	ESPÉCIE: PAS/MOTOCICLO
RENAVAM: 00850361516	CHASSI: 9C2KC08105R099350	COR: AZUL	UE: AC
PROPRIETÁRIO: AURINO B. DA SILVA ME		CPF/CNPJ: 14.682.352/0001-89	
ENDEREÇO: RUA AVIARIO, Nº 494, BAIRRO AVIARIO		CIDADE: RIO BRANCO	

3. DADOS DA VÍTIMA

(X) CONDUTOR	() PASSAGEIRO	() CICLISTA	() PEDESTRE
NOME: LUCIANO DA SILVA DE ARAUJO		ESTADO CIVIL: SOLTEIRO	
SEXO: MASCULINO	NASCIMENTO: 23/05/1988	PROFISSÃO: MOTOBOY	
CPF: 954.539.702-00	RG: 10505610	ORG: SSP/AC	
NATURALIDADE: PLÁCIDO DE CASTRO		NACIONALIDADE: BRASILEIRO	
GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO FUNDAMENTA INCOMPLETO			
REGISTRO DA CNH: 05265975394		CATEGORIA: A	VALIDADE: 29/06/2021
ENDEREÇO: TRAVESSA CAMPO NOVO, Nº 99, B. AYRTON SENA.		CIDADE: RIO BRANCO	

4. NARRATIVA DO ACIDENTE CONFORME DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

Informo que compareceu a este Batalhão de Policiamento de Trânsito o Sr. LUCIANO DA SILVA DE ARAUJO, ele relata que no dia, local e horário supramencionados o mesmo trafegava em sua motocicleta na Rua Marte quando foi atingido por um moto taxi que transitava na rua Melão, que devido ao choque ambos caíram, juntamente com a motocicleta, que o veículo citado puxava um semi reboque de placa QLX5032 e marca/modelo SR/MOTOPAM CRGF, que foi socorrido por populares que entraram em contato com o patrão da vítima (Aurino Batista) que o conduziu ate o P.S conforme B.E nº 2520129. O declarante não soube informar os dados do outro envolvido no acidente.

Luciano da Silva de Araujo

LUCIANO DA SILVA DE ARAUJO

DECLARANTE

5. COMUNICAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

NOME: CASIMIRO HESSEL JUNIOR	RG: 34379
POSTO/GRAD: SD/PM	MATRÍCULA: 9381325-01
DATA: 09/02/2018	OPM: BPTRAN
ASSINATURA: <i>Casimiro Hessel</i>	HORA: 14:20

A OMISSÃO OU INSERÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS CONSTITUI CRIME.
ENQUADRAMENTO LEGAL – ART. 297 E 299 DO CÓDIGO PENAL.

AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

02 ABR. 2018

ENTRADA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CENTRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

UNIDADE EM TIPO
 D IDENTIFICAD. RECURSOS
 1224670123

NOME
 LUCIANO DA SILVA DE ARAUJO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
 10505610 RSP AC

CPF
 954.539.702-00

DATA NASCIMENTO
 23/05/1988

FLAÇÃO
 JOSE SOARES DE ARAUJO
 LUCI DA SILVA LUCAS

PERMISSÃO
 ACC
 CAT. HAB.
 A

Nº REGISTRO
 05265975396

VALIDADE
 30/06/2021

1ª HABITAÇÃO
 01/06/2011

OBSERVAÇÕES

Luciano da Silva de Araujo
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 RIO BRANCO - ACRR

DATA EMISSÃO
 30/06/2011

Luciano da Silva de Araujo
 ASSINATURA DO EMISSOR

PROTO LITH LONGO
 (Sistema Geral)
 (Sistema / ALJ)

44934758117
 AC406933200

10 IDENTIFICAD. RECURSOS

PROIBIDO PLUS INFLICAR
 1224670123

INVESTPREV
 SEGURADORA S/A
 02 ABR. 2016
 ENTRADA

10103
Cauê ext.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE

Departamento de Assistência Médica - Hospitalar

UNID. 0501

REGISTRO DE
CIRURGIA

Nome do Paciente Luciano da Silva de Araújo

Idade _____ Observação _____

Diagnóstico pré-operatório Tumor maligno, BAST. SUP. 2º DEGR. M.D.

Cirurgia preposta: TENORRAFIA

Diagnóstico definitivo: O mesmo

Cirurgião responsável: A. M. B. M.

Data _____

1º Assistente EDISIO

1º Auxiliar _____

2º Auxiliar _____

Instrumentação _____

Anestesiologista Lozer

Anestesista _____

Assistente durante o ato cirúrgico ☐ Sim ☐ Não

Descrição _____

Medicação de consolidação ☐ Sim ☐ Não

Diagnóstico patológico: _____

Segundamento do paciente imediatamente após o ato cirúrgico

☐ Enfermaria ☐ CT ☒ Decidência ☐ Óbito

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- Ampliação de ferimento
- Tenorrafia extensa após linf. pet.
- Rigoroso com 524 fis.
- Sutura + curativo + Tala Inc.

INVESTIMENTOS
SEGURADORA S/A

02.09.1988

ENTRADA

SAVIL A HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO HOSPITALAR ESTADUAL DO ACRE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL
FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			CNS
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE			Nº DO PRONTUÁRIO
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			DATA DE NASCIMENTO
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			SEXO
CÓD. RGE MUNICÍPIO			RAÇA/COR
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
		FISIOTERAPIA	
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		CID 10 PRINCIPAL	
REF. OP. FRACTURA PZ DISTAL 3º Q. POSITIVO (D)			
OBSERVAÇÕES			
L. P. D. T. E. P. D. A. O.			
- A. D. M. a			
30 SPSSE			
SOLICITAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		DATA DA SOLICITAÇÃO	
Edisio Filho		13/02/18	
CBO	Nº DOCUMENTO CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		

Edisio C. P. Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM/AC 369

INVESTPREV
SEGURADORA S/A
01 AB. 2018
ENTRADA

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGÊNCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2526129 DATA: 02/01/2018 HORA: 12:18 USUARIO: KHERLLY
CNS: SETOR: 04-RMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: LUCIANO DA SILVA DE ARAUJO DOC.: NT
IDADE: 29 ANOS NASC: 23/05/1988 SEXO: MASCULINO
ENDERECO: ESTRADA AVIARIO NUMERO: 394
COMPLEMENTO: BAIRRO: AVIARIO
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP: 69900-000
NOME PAI/MAE: JOSE SOARES DE ARAUJO / LUCI DA SILVA LUCAS
RESPONSAVEL: O PROPRIO TEL: 99902-4598
PROCEDENCIA: AVIARIO
ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM
ACTO. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA[45 x 103 mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[82] SPO2[94]

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Paciente vítima de acidente automobilístico (Moto x Moto) com lesões em membros superiores e inferiores, hemorragias por ferimentos.

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

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

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Glicose 72 (FV)
2) Vit K 20mg (FV)
3) Vit C 100mg (FV)
4) Rx de membros superiores e inferiores

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :
[] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

ORITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

FAMILIA [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

12/18/18 de acidente de trânsito, vítima de colisão
moto x moto, expulso, lesões em membros superiores e inferiores,
lesões de membros superiores e inferiores,
corrente 735/706

INVESTPREV
SEGURO S/A

02 JAN 2018

ENTRADA



Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUEB

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 13:35hs SALA 04 DATA 02/01/18
NOME DO PACIENTE Luciano da Silva Araújo ID 2900000
PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO () OUTROS ()
ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA () LOCAL () OUTROS ()
INÍCIO DA ANESTESIA 13:50 TÉRMINO DA ANESTESIA _____
PROCEDIMENTO REALIZADO Tenotomia
INÍCIO DA CIRÚRGIA 14:00 TÉRMINO DA CIRÚRGIA 14:22
CIRURGIÃO Colégio AUXILIAR(ES) _____
ANESTESISTA Local INSTRUMENTADOR Nazare
CIRCULANTE ctna ENF Marcelo Alan

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70% <u>50 ml</u>	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES <u>50</u>
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON <u>10 cm 1</u>	GORRO <u>N 1</u>
DILUENTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0
HIDROCORTISONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
KEFLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI
LIDOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRACHEOSTOMIA Nº	MÁSCARA <u>N 1</u>
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE
PAVULON	ELETRODOS	POVIDINE TINTURA <u>50 ml</u>
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPE <u>N 1</u>
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP Nº
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPORON	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9% <u>1 l</u>	FAIXA DE SMARCHI	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO	FRALDA	SERINGA DE 5 ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML <u>1</u>
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON <u>Nº 401</u> <u>Nº 201</u>	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MALEX

INVESTPREV
SEGURODORA S/A

02/01/2018

ENTRADA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Aurino Batista da Silva
 RG nº 9244773, data de expedição 27/06/2007
 Orgão SSP/AC, portador do CPF nº 360.521.082-15, com
 domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de
Acre, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Thibério - Bairro Aviação, nº 494,
 complemento _____ declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Luciano da Silva Araújo cujo o condutor era
Fernando

Veículo: Moto CG Titan
 Modelo: 150 TITAN K5
 Ano: 2005/2005
 Placa: 12V 3463
 Chassi: 9C2KC08105R099350
 Data do Acidente: 02/01/2018
 Local e Data: RUA MARTE/RUA FLE

CNPJ: 14.682.352/0001-89

SHOPPING FESTA
 AURINO B. DA SILVA
 Estrada do Aviação, nº. 494 B.º Aviação
 CEP: 89.900-854

RIO BRANCO

PRE

1º NOTAS
 Rio Branco - Acre

Ass. natureza do Declarante

1º NOTAS
 Rio Branco - Acre

Ass. natureza do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

1º TABELIONATO DE NOTAS E 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DA COMARCA DE RIO BRANCO - ACRE
 Fabiano Mendes dos Santos - Tabelião/Oficial de Registro Civil
 Av. Com. nº 2513, Sala 04, Bairro Dom Gaudêncio - CEP: 89.900-300 - Rio Branco - Acre - Fone: (68) 3554-8112

Reconheço por SEMELHANÇA a(s) firma(s) de
AURINO BATISTA DA SILVA
 Do que dou fé. Rio Branco - AC, 20 de Março de 2018. Custas e Emolumentos: R\$ 3,30.
 Em _____ da verdade

ANTÔNIA MARIA RIOS GOUVEIA - ESCRIVENTE
 Selo Digital nº AF833102-09 - Cod. Valid: 6C9E-E6BE-44C4-E8E6
 Consulte a autenticidade do selo em: www.seloacrg.com.br
 - VALOR SORTEIO SEM CREDENCIAL DE PARTICIPAÇÃO -



1º TABELIONATO DE NOTAS E 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DA COMARCA DE RIO BRANCO - ACRE
 Fabiano Mendes dos Santos - Tabelião/Oficial de Registro Civil
 Av. Com. nº 2513, Sala 04, Bairro Dom Gaudêncio - CEP: 89.900-300 - Rio Branco - Acre - Fone: (68) 3554-8112

Reconheço por SEMELHANÇA a(s) firma(s) de
LUCIANO DA SILVA DE ARAUJO
 Do que dou fé. Rio Branco - AC, 20 de Março de 2018. Custas e Emolumentos: R\$ 3,30.
 Em _____ da verdade

ANTÔNIA MARIA RIOS GOUVEIA - ESCRIVENTE
 Selo Digital nº AF833104-05 - Cod. Valid: 1F02-F511-CC02-99E6
 Consulte a autenticidade do selo em: www.seloacrg.com.br
 - VALOR SORTEIO SEM CREDENCIAL DE PARTICIPAÇÃO -



INVESTIGAR
 SEGURADORA S/A

24/04/2017

ENTRADA



Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUEB

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 13:35hs SALA 04 DATA 02/01/18
NOME DO PACIENTE Luciano da Silva Araújo ID 2900000
PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO () OUTROS ()
ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA () LOCAL () OUTROS ()
INÍCIO DA ANESTESIA 13:50 TÉRMINO DA ANESTESIA _____
PROCEDIMENTO REALIZADO Tenotomia
INÍCIO DA CIRÚRGIA 14:00 TÉRMINO DA CIRÚRGIA 14:22
CIRÚRGIO Colégio AUXILIAR(ES) _____
ANESTESISTA Local INSTRUMENTADOR Nazare
CIRCULANTE ctna ENF Marcelo Alan

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70% <u>50 ml</u>	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES <u>50</u>
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON <u>10 cm 1</u>	GORRO <u>N 1</u>
DILUENTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0
HIDROCORTISONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
KEFLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI
LIDOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRACHEOSTOMIA Nº	MÁSCARA <u>N 1</u>
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE
PAVULON	ELETRODOS	POVIDINE TINTURA <u>50 ml</u>
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPE <u>N 1</u>
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP Nº
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9% <u>1 l</u>	FAIXA DE SMARCHI	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO	FRALDA	SERINGA DE 5 ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML <u>1</u>
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON <u>Nº 401</u> <u>Nº 201</u>	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MALEX

INVESTPREV
SEGURODORA S/A

02 ABR 2018

ENTRADA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 02 21207 ou 0800 0221205 e reduza para pessoas com deficiência auditiva e de fala;

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 incorretos 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 o Legatário 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 por seu "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 ASE: _____ CPF da Vítima: 954.539.702-00 Nome completo do vítima: LIZIANE DA SILVA DE AMARAL

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: LIZIANE DA SILVA DE AMARAL CPF titular da conta: 954.539.702-00 Profissão: RECUSO
Endereço: ESTRADA DO AVIÁRIO Número: 494 Complemento: 2139
Bairro: AVIÁRIO Cidade: TRIO BRANCO Estado: AC CEP: 89.900-834
E-mail: _____ Telefone (DDD): 68-99918-3322
Outra, sob as penas da lei e para fins de prova de residência, junto a Seguradora Líder - DPVAT, reside no endereço acima. Segue, em anexo, comprovante de residência do endereço informado.
68-3301-6433
68-99902-4598

Faixa de Renda Mensal e Dados Bancários

RECURSO INFORMAR	SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 1.000,00
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)		CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> GRATUITO (23%)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> BANCO	<input type="checkbox"/> Agência
<input type="checkbox"/> ATIVA (condição A e B) (001)	<input type="checkbox"/> ITAU (341)	<input type="checkbox"/> Agência	<input type="checkbox"/> Agência
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
<u>0534</u>	<u>30133</u>	<u>0534</u>	<u>30133</u>
<small>(informar código do banco)</small>	<small>(informar código da agência)</small>	<small>(informar código do banco)</small>	<small>(informar código da agência)</small>

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 efetivo o crédito, reconheço a total e plena quitação do valor indenizado.

TRIO BRANCO 23 de MARÇO de 2018
Local e Data

Liziane da Silva de Amaral
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



INVESTIMENTOS
SEGURADORA S/A

02 ABR 1998

ENTRADA