



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

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

Dados Básicos

Foro: Rio Branco
Processo: 07016402920198010001
Classe do Processo: Petição
Data/Hora: 17/02/2020 14:44:28

Partes

Solicitante: Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A

Documentos

Petição: 2608042_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01 - 1-2.pdf
Anexo - Petição: 2608042_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_Anexo_02 - 1-16.pdf



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC

Processo: 07016402920198010001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LUCIANO DA SILVA DE ARAUJO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 4.725,00 (QUATRO MIL E SETECENTOS E VINTE E CINCO REAIS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 14 de fevereiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/AC 3988

DIEGO PAULI
4550 - OAB/AC

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 n°: 13047563

A/C: LUCIANO DA SILVA DE ARAUJO

Nº Sinistro: 3180151683
Vitima: 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%

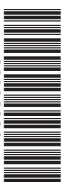
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

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 traumática 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.

Diagnóstico: Lesão tendinea do extensor do 2º dedo da mão direita

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

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

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

Exame físico: Mão direita: cicatriz da lesão traumática de 2 cm na face dorsal (FD) do 2º dedo, semianquilose no 2º 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? [X] Sim [] Não

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

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

Funcional: Semianquilose do 2º 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 (*).

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “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 ás 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 Luis Silverio Cabanillas
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. S^{RA} QUE NESTA DATA COMPARCEU 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	UF: AC
REFERÊNCIA: PRÓXIMO AO CAMISA 10		

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

PLACA: M2V3463	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: MOTOBOMBOY	
CPF: 954.539.702-00	RG: 10505610	ORG: SSP/AC	
NATURALIDADE: PLÁCIDO DE CASTRO			NACIONALIDADE: BRASILEIRO
GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO			
REGISTRO DA CNH: 05265975394	CATEGORIA: A	VALIDADE: 29/06/2021	UF: AC
ENDEREÇO: TRAVESSA CAMPO NOVO, Nº 99, B. AYRTON SENNA.			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 cairam, 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 até 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

DECLARANTE

5. COMUNICAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

NOME: CASIMIRO HESSEL JUNIOR	RG: 34379
POSTO/GRAD: SD/PM	MATRÍCULA: 9381325-01
DATA: 09/02/2018	HORA: 14:20
ASSINATURA:	

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

INVESTIPREV
SEGURADORA S/A

02 ABR. 2018

ENTRADA



Luciano da Silva de Araujo

DESCRIÇÃO DO PORTADOR:

LOG: RIO BRANCO - AC/RE DATA EMISSÃO: 30/06/2011

PHOTO LIMA LONGO
GILSON GOMES
Clemente ALDO

4493475#117
AC406933200

DESCRIÇÃO DO VEHÍCULO:

1224670123

INVESTPREV
SEGURADORA S/A
02 ABR. 2018
ENTRADA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE
Departamento de Atenção à Saúde - Hospital
UNIVERSITÁRIO

REGISTRO
DE
CIRURGIA

Nome do Paciente: Luciano da Silva de Souza

Idade: _____ Observação: _____

Diagnósticos pré-operatórios: Tenorragia extensora 2º degrau
Paralisação

Cirurgia proposta: Tenorrafia

Diagnóstico definitivo: Omeio

Cirurgia realizada: A meios

Data:

Classe: EDÍSIO

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Intervenção:

Anestesia: LOCK

Anestesia e:

Acidentes durante o ato cirúrgico: () Sim () Não

Drainagem: _____

() Sim () Não

Risco de embolização: () Sim () Não

Diagnósticos patológicos: _____

Desenvolvimento do paciente imediatamente após o ato cirúrgico

() Enfermaria () CT (X) Recidência () Óbito

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- Anestesia de ferimento
- Tenorrafia extensora 1º degrau com suture.
- Sutura + curativo + TALADRO

INVESTIGAÇÃO
SEGUNDA FASE
02 APR 2008
ENTRADA



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

Edisio C. P. Filho

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CÓD. IGE MUNICIPAL

UF

RACA COR

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

CID 10

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

Descrição do diagnóstico

CID 10 PRINCIPAL

OBSERVAÇÕES

Pes de ferro fez derrame no joelho direito. O pes de ferro é devido ao uso de muletas.

- A.D. Ma

30 SESSEGO

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Edisio C. P. Filho

DATA DA SOLICITAÇÃO - ASSINATURA DO PROFISSIONAL, Nº DE SÉRIE DO CONSELHO

13/02/18

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

Nº DOCUMENTO CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

INVESTIGADOR
SEGURADORA S/A

B 1 AB. 249

ENTRADA

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

NO. DO BE: 2528129 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
 ENDERECCO: ESTRADA AVIARIO NUMERO: 384
 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
 ACTD. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA [] 145 X [] 03 mmHg PULSO: [] TEMP. [] PESO: [] FCO: [] 82 SPO2: [] 94

EXAM.COMPL. [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TCO [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _____/_____/_____

*Maiorite ferme de accidente automobilistico (moto x moto) por encima do joelho.
 Dolors fuerte, limitante para caminar.*

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

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

L-PSA5 ILND-100A 2^o DEDO MP (R)

DIAGNOSTICO:

Lacuna cincnica

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*Dgfrtto 12 (R)
 I tabl 20mg (R)
 3) injone dolo (R)
 Rx de mao tbo*

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: : : / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

Dra. Natali Mendes

Médica Residente

Cirurgia Geral

CRM/AC/199ML

CR/MA/199ML

CRM/AC/199ML

INVESTIGACAO SEGUINTE SIA

ENTRADA

Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência do Rio Branco - HUERB

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 13:35 hrs SALA 04 DATA 02/11/18
NOME DO PACIENTE Luciano da Silva Araújo ID 29 anos
PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO () OUTROS ()
ANESTÉSICA GERAL () RÁQUEANESTESIA () LOCAL () OUTROS ()
INÍCIO DA ANESTESIA 13:50 TÉRMINO DA ANESTESIA _____
PROCEDIMENTO REALIZADO Tonografia
INÍCIO DA CIRURGIA 14:00 TÉRMINO DA CIRURGIA 14:22
CIRURGIAO Colégio AUXILIAR(ES) _____
ANESTESISTA Local INSTRUMENTADOR Nogueira
CIRCULANTE Atua ENT Marcos Alân

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA FESADA 0,5%	AGULHA DESC N°	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/VASO	ÁLCOL 70% 50 ml	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES 50
DIPIRONA	ATADURA GESELLA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON	GORRO N 1
DILUENTE	ABOCATH N°	INTRACATH N°
DOXPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TORAX N°
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
HIDROCORTIZONA	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 TRAQUEOSTOMIA N°	MÁSCARA N 1
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL N°	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE N°	POVIDINE DEGERMANTE
PAVULON	ELETRODOS	POVIDINE TINTURA 50ml
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPÉ N 1
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP N°
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1L	FAIXA DE SMARCHI	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO	FRALDA	SERINGA DE 5ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML
TRAMAL	FITA CARDIACA	SERINGA DE 20 ML
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON N° 40T N° 201	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MAELEX

INVESTIGAÇÃO
SEGURADORA S/A

02 APR 2018

ENTRADA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Aurino Batista da Silva,
RG nº 9211773, data de expedição 27/06/2007
Órgão SSP/AC, portador do CPF nº 360.321.082-15, com
domílio na cidade de Rio Branco, no Estado de
Acre, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Floriano - Bairro Aviário, nº 494,
complemento _____ declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
víma Juciano da Silva Araújo cujo o condutor era
Fábio Ribeiro.

Veículo: Moto CG Titan
Modelo: 150 TITAN KS
Ano: 2005/2005
Placa: MZV 3463
Chassi: 9E2KC08105R099350
Data do Acidente: 02/01/2018
Local e Data: R/14-PIRATÉ/RUA NELSON

CNPJ:14.682.352/0001-89

SHOPPING FESTA
AURINO B. DA SILVA
Estrada do Aviário, nº 494 B.º Aviário
CPF: 69.900-854
RIO BRANCO

PPNE

Assinatura do Declarante

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

TABELIONATO DE NOTAS E 1º ÓFICIO DE REGISTRO CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO - ACRE
Fabricio Mendes dos Santos - Tabelião/Óficio de Registro Civil

Cruso nº 2511, Sala 34, Bairro Dos Gouraud - CEP: 69.000-100 - Rio Branco - Acre - Fone: (68) 3294-9119

Reconheço por SEMELHANÇA (s) firma(s) de

AURINO BATISTA DA SILVA

Do que dito fez Rio Branco - AC, 20 de Março de 2018. Custas e Emolumentos: R\$ 3,30
Em testemunha da verdade

ANTONIA MARIA RIOS GOUVEIA-ESCREVENTE
Selo Digital nº AF833102-09 - Cod. Valid.: 6C9E-E6BE-41C4-E8D6

Consulte a autenticidade do ato em: www.selocrcr.com.br

-VALOR SOMENTE PARA ENVIOS DE REGISTRO-



TABELIONATO DE NOTAS E 1º ÓFICIO DE REGISTRO CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO - ACRE
Fabricio Mendes dos Santos - Tabelião/Óficio de Registro Civil

Cruso nº 2511, Sala 34, Bairro Dos Gouraud - CEP: 69.000-100 - Rio Branco - Acre - Fone: (68) 3294-9119

Reconheço por SEMELHANÇA (s) firma(s) de

LUCIANO DA SILVA DE ARAUJO

Do que dito fez Rio Branco - AC, 20 de Março de 2018. Custas e Emolumentos: R\$ 3,30
Em testemunha da verdade

ANTONIA MARIA RIOS GOUVEIA-ESCREVENTE
Selo Digital nº AF833104-05 - Cod. Valid.: 1F02-F313-CC02-99E6

Consulte a autenticidade do ato em: www.selocrcr.com.br

-VALOR SOMENTE PARA ENVIOS DE REGISTRO-



INVESTIGAÇÃO
SEGURADORAS S/A

02 400-2017

ENTRADA

Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência do Rio Branco - HUERB

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 13:35 hrs SALA 04 DATA 02/11/18
NOME DO PACIENTE Luciano da Silva Araújo ID 29 anos
PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO () OUTROS ()
ANESTÉSICA GERAL () RÁQUEANESTESIA () LOCAL () OUTROS ()
INÍCIO DA ANESTESIA 13:50 TÉRMINO DA ANESTESIA _____
PROCEDIMENTO REALIZADO Tonografia
INÍCIO DA CIRURGIA 14:00 TÉRMINO DA CIRURGIA 14:22
CIRURGIAO Colégio AUXILIAR(ES) _____
ANESTESISTA Local INSTRUMENTADOR Nogueira
CIRCULANTE Atua ENT Marcos Alân

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA FESADA 0,5%	AGULHA DESC N°	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/VASO	ÁLCOL 70% 50 ml	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES 50
DIPIRONA	ATADURA GESELLADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON 10cm 1	GORRO N 1
DILUENTE	ABOCATH N°	INTRACATH N°
DOXPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TORAX N°
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
HIDROCORTIZONA	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 TRAQUEOSTOMIA N°	MÁSCARA N 1
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL N°	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE N°	POVIDINE DEGERMANTE
PAVULON	ELETRODOS	POVIDINE TINTURA 50ml
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPÉ N 1
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP N°
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1L	FAIXA DE SMARCHI	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO	FRALDA	SERINGA DE 5ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML
TRAMAL	FITA CARDIACA	SERINGA DE 20 ML
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON N°40T N°201	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FCLEY
		TELA DE MAELEX

INVESTIGAÇÃO
SEGURADORA S/A

02 APR 2018

ENTRADA



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221207 ou 0800 0221206, e/ou suas correpas com credencial auditiva e de fala.

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

E é necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, se for caso disso, para correta análise do seu pedido de inlocenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou de 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 e 15 anos (Pai, mãe, tutor ou o Incapaz com curador). O formulário deverá ser preenchido com os dados da 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" (I.e.: M.P. Tutor). O formulário devem ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade no campo "Assinatura do Beneficiário" e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Síntese ou ASI

CEPE da Vitoria

954.533 702-00

REFERENCES AND NOTES

Grande Cognac Vieille Réserve

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo
Cícero da Silva de Andrade CPF / Número de Cédula
954.539.702-00 Profissão
Estrela do Aviário Número 442 Decurso
Bairro Cidade Rio Branco Complemento 699
Aviário CEP 69.900-834 Telefone (DDD)
UF/CEP 08-99918-3372

Escala de RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RENDIMENTO INVESTIMENTOS	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 (selecionar para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
BRASILEIRO (231)	BANCO DO BRASIL (001)	ITAU (341)	
SANTANDER (001) BANCO FEDERAL (004)			
AGÊNCIA	CONTA	ABÊNCIA	CONTA
000	30233 9	000	000
Referente ao dia 00/00/00		Referente ao dia 00/00/00	

Decido que os dados pendentes são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro autorizo a Seguradora a efetuar o pagamento da reindenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Fizemos efetivação o crédito, reconheço a dívida pleia quitado ou valor indenizado.

Rio Grande 23 de Março de 2018
Foto: João Pedro

Luzia & Flora

Lecione do Sítio do bairro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Capítulo 4 - Resumo das novas fronteiras da ciência

INVESTHREV
SEGURADORA S/A
02-ABR-2001
ENTRADA



INVESTHKEY
SEGURADORA S/A
B2AIR 199
ENTRADA