

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: 20/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WELLIGTON GABRIEL DA SILVA RODRIGUES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02359-0

CONTA: 000000077547-9

Nr. da Autenticação 88B17968B1BF80EE

**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: 3180533736

Nome do(a) Examinado(a): WELLINGTON GABRIEL DA SILVA RODRIGUES

Endereço do(a) Examinado(a): Avenida Juscelino Kubitschek, 187 - Rio
Branco/AC - CEP 69921-030

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 11595876 - SEPC AC

Data e Local do Acidente : 10/08/2018

Data e Local do Exame : 14/12/2018 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: Fratura de clavícula e escapula esquerda

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

Tratamento: conservador com imobilização com tipoia e oito, e fisioterapia.

Alta: Dezembro de 2018

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

Exame físico: MSE: deformidade na região do terço distal da clavícula, hipotrofia do deltoide, limitação para abdução do ombro a 120 graus, rotação interna e externa do ombro a 50 graus, e redução da força muscular do membro.

**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: limitação funcional do ombro esquerdo conforme descrito no exame físico e redução da força muscular do membro.

**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

membro superior esquerdo

% 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180533736 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WELLINGTON GABRIEL DA SILVA **Data do acidente:** 10/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
RODRIGUES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180471045 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WELLINGTON GABRIEL DA SILVA **Data do acidente:** 10/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
RODRIGUES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA,
FRATURA INCOMPLETA DE ESCÁPULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180471045 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WELLINGTON GABRIEL DA SILVA **Data do acidente:** 10/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
RODRIGUES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA,
FRATURA INCOMPLETA DE ESCÁPULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome
WELLINGTON GABRIEL DA SILVA RODRIGUES

RG 11595876 SEPC AC

CPF 018.175.612-94 **Data Nascimento** 12/11/1997

Filiação
EDILSON GOMES
RODRIGUES
LEILA MARIA SOUZA DA
SILVA

Permissão **Ass** **Cat. Hab**
0000000000 00000000 00

Nº Registro 06763683592 **Validade** 13/07/2021 **1ª Habilitação** 19/12/2016

OBSERVAÇÕES
RAN

Wellington Gabriel da S. Rodrigues

Local RIO BRANCO, AC **Data Emissão** 15/05/2018

Assinatura do Portador
Wellington Gabriel da S. Rodrigues

Assinatura do Emissor
11956487675
AC409186922

ACRE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1565187288

PROIBIDO PLASTIFICAR
1565187288

05 OUT 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
AGRICELIO SILVA DE ASSIS



RG IDENTIDADE - DNE EMISSÃO / UF
10528193 SSP AC

CPF
959.610.032-72 DATA NASCIMENTO
07/12/1988

PLAQUE
MANOEL CORDEIRO DE
ASSIS
KATIE EVARISTO DA SILVA

PERMISSÃO
ADP ADP ADP

PRESTADO
01/01/1988 VALIDEZ
20/12/2010 PRAZATO
09/08/2007

OBSERVAÇÕES

LOCAL
RTO BRANCO - ACHE DATA
27/12/2014

Assinatura do titular
Evaristo Lacerda da Silva
Diretor Geral
Departamento Nacional de Identificação

96209941252
AC403862445

VÁLIDA EM TODAS
AS TERRITÓRIAS NACIONAIS
968620804

PERMISSÃO PLÁSTICA
968620804

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2574340 DATA: 10/08/2018 HORA: 22:14 USUARIO: CONCEICAO
CNS: 700507754049554 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : WELLIGTON GABRIEL DA SILVA RODRIGUES DOC...: N.T
IDADE.....: 20 ANOS NASC: 12/11/1997 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: RUA JUCELINO KUBISCHEK NUMERO: 193
COMPLEMENTO....: BAIRRO: RAIMUNDO MELO
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: 69900-000
NOME PAI/MAE...: EDILSON GOMES RODRIGUES /LEILA MARIA SOUZA DA SILVA
RESPONSAVEL....: O PAI TEL....: 99929-741
PROCEDENCIA....: VILA ACRE
ATENDIMENTO....: ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL...: SIM PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[X mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[]

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: __/__/__

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

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

DIAGNOSTICO: Ex. Choledocolitíase (E) CID:

PRESCRICAO Ex. meprobamato (E) HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] EXAMILIA [] IML [] ANAT. PATC

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

SAME / NUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2574340 DATA: 10/08/2018 HORA: 22:14 USUARIO: CONCEICAO
CNS: 700507754049554 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : WELLINGTON GABRIEL DA SILVA RODRIGUES DOC...: N.T
IDADE.....: 20 ANOS NASC: 12/11/1997 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: RUA JUCELINO KUBISCHEK NUMERO: 193
COMPLEMENTO....: BAIRRO: RAIMUNDO MELO
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: 69900-000
NOME PAI/MAE...: EDILSON GOMES RODRIGUES /LEILA MARIA SOUZA DA SILVA
RESPONSAVEL....: O PAI TEL....: 99929-741
PROCEDENCIA...: VILA ACRE
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL..: SIM PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[X mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[]

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: __/__/__

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

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

DIAGNOSTICO: Ex. Amulato diapnoia CID:

PRESCRICAO Ex. mepilata diapnoia HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

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

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATC

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

SAME / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Willington Gabriel da Silva Rodrigue, 20 anos

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Unidade de Pronto Atendimento 24 Horas - UPA 24H

SUS  Sistema
Único de Saúde

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES *UPGover!!*

De: Tremo

Para: HUEB (ortopedico)

Hipótese diagnóstica: Fratura de Clavícula e Escapula ©

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Paciente interno de queda de moto com

Fratura de Clavícula e Escapula ©


Alto 20 kg e

Dipnóico 2ml O₂

Dimenção nas seg a

Cranial 200 mg e

DATA: 10 / 08 / 19

Dr. Erisson J. Cavalcante

ASSINATURA
Nº 1508

UPA JMD

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Flavio Acre 10

TRAUMA
SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SADI

Paciente	Wellington Gabriel		Idade	Letra	Registro
Sexo	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> FM	<input type="checkbox"/> CCA	<input type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CCA
Relatado por	União @ D. S. L. P.				
<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> US				
<input type="checkbox"/> UCC	<input type="checkbox"/> UCC				
<input type="checkbox"/> Ecocardiograma	<input type="checkbox"/> Ecocardiograma				
<input type="checkbox"/> EDA	<input type="checkbox"/> EDA				
Indicação:					
Hipótese Diagnóstica:					
Indicação:					
Data	10/10/2018				Nº COAST/NO
Assinatura:					



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edilson Gomes Rodrigues,
RG nº 0166740, data de expedição 14/08/18,
Órgão SSP/AC, portador do CPF nº 339.397.862-20, com
domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de
Acre, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Justelino Kulitschek, nº 187,
complemento lote, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Wellington Gabriel da Silva Rodrigues, cujo o condutor era
Wellington Gabriel da Silva Rodrigues.
Veículo: motocicleta
Modelo: Honda/CG 160 START
Ano: 2016
Placa: DXP-6587
Chassi: 9C2KC25006R019255
Data do Acidente: 10/08/2018
Local e Data: _____

Edilson Gomes Rodrigues
Assinatura do Declarante

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



1º TABELATO DE NOTAS E 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DA COMARCA DE RIO BRANCO - ACRE

Tábuia Mendes das Neves - Tabelião Oficial de Registro Civil

Av. 15 de Novembro, nº 151, 3º andar, Bairro Dom Gaspar - CEP: 69.900-200 - Rio Branco - Acre - Fone: (68) 3224-9112

Selo Digital nº AG591214-30 - Cod. Valid: 029E-299B-2FE3-9283

Consulte a autenticidade do selo em: www.seloacra.com.br

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s) de

JOSE EDSON CATARIN

Do que dou fé. Rio Branco - AC, 04 de Outubro de 2018. Custas e Emolumentos R\$ 3,30.

WELLINGTON MARCELO DE COSTA JUNIOR ESREVENTE

VALIDO SOMENTE SEM DRENDIO DO RABO DAS

SAMU 192	FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192	Data Emissão: 23/08/2018 Hora emissão: 09:07 Operador:
---------------------------	--------------------------------------	--

Nº da Ocorrência 1808100088	Cid. Vítimas 1	Dt/Hr Início: 10/08/2018 20:11 Dt/Hr Término: 10/08/2018 21:04	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: QUITA DE MOTO
---------------------------------------	--------------------------	---	--

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante: JANDERSON
End.: R RÓD.V AC 40 KM 9 RAMAL CASTANHEIRA 1KM E MEIO
Bairro: VILA ACRE
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: NUMA CURVA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS Telefone da Solicitante: (68) 999764441 Quitar: QUITA DE MOTO	Origem da Ligação: MA PÚBLICA
---	-------------------------------

VÍTIMAS

Vítima	Nome: Paciente 1 WELLTON GABRIEL DA SILVA RODRIGUES	Idade: 20 ANO(S)	Sexo: MASCULINO
1	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		



...AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 10/08/2018 20:55
	Avaliação: EQUIPE INFORMA PCTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO REFERINDO LOMBALGIA/ALGIA EM ARÇO COSTAL E ALGIA EM OMBRO DIREITO PA 130/80 MMHG 62 BPM, SPO2 99%	
Vítima 1	Profissional: JOSUEILSON DOS SANTOS	Data/Hora: 10/08/2018 20:14
	Avaliação: vítima de queda de moto ao solo com dor lombar, pareia de nina lore	
Vítima 2	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 10/08/2018 20:58
	Avaliação: EQUIPE INFORMA PCTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO GARUFA SOMENTE COM ESCORAÇÕES SEM DEFORMIDADES E FRATURAS PA 110/70 MMHG 93 BPM, SPO2 99%	

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 10/08/2018 20:55	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO		
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 10/08/2018 20:55	Situação: F
	Destino: UPA 24 HORAS DO 2 DISTRITO		
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 10/08/2018 20:55	Situação: F
	Intercorrência:		
Vítima 1	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 10/08/2018 20:55	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO		
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 10/08/2018 20:55	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 10/08/2018 20:55	Situação: F
	Intercorrência:		
Vítima 2	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 10/08/2018 20:59	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO		
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 10/08/2018 20:59	Situação: F
	Destino: UPA 24 HORAS DO 2 DISTRITO		
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 10/08/2018 20:59	Situação: F
	Intercorrência:		
Vítima 3	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 10/08/2018 20:58	Situação: F
	Decisão:		
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 10/08/2018 20:58	Situação: F
	Destino:		
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 10/08/2018 20:58	Situação: F
	Intercorrência:		
Vítima 3	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 10/08/2018 20:58	Situação: F
	Decisão:		
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 10/08/2018 20:58	Situação: F
	Destino:		
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 10/08/2018 20:58	Situação: F
	Intercorrência:		
Vítima 3	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 10/08/2018 20:58	Situação: F
	Decisão:		
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 10/08/2018 20:58	Situação: F
	Destino:		
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 10/08/2018 20:58	Situação: F
	Intercorrência:		

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USB 03 RBO	Data/Hora Envio Equipe: 10/08/2018 20:18
	Dt./hr. Saída Base: 10/08/2018 20:18	Dt./hr. Chegada Local: 10/08/2018 20:32
	Dt./hr. Saída Local: 10/08/2018 20:53	Dt./hr. Chegada Destino: 10/08/2018 21:00
	Dt./hr. Saída Destino: 10/08/2018 21:03	Dt./hr. Chegada Base: 10/08/2018 21:11

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuação pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
WILLYAN GABRIEL LOPES M. DE ALMEIDA	10/08/2018 20:11		WILLYAN GABRIEL LOPES M. DE ALMEIDA
WILLYAN GABRIEL LOPES M. DE ALMEIDA	10/08/2018 20:13	WILLYAN GABRIEL LOPES M. DE ALMEIDA	EM FILA
JOSUEILSON DOS SANTOS	10/08/2018 20:14	JOSUEILSON DOS SANTOS	EM FILA
JANINE DA SILVA LIMA DELILO	10/08/2018 20:47	JANINE DA SILVA LIMA DELILO	EM FILA
JANINE DA SILVA LIMA DELILO	10/08/2018 20:56		JANINE DA SILVA LIMA DELILO
JANINE DA SILVA LIMA DELILO	10/08/2018 20:59	JANINE DA SILVA LIMA DELILO	EM FILA
JANINE DA SILVA LIMA DELILO	10/08/2018 20:59	JANINE DA SILVA LIMA DELILO	EM FILA

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 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 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 ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

018.175.612-94

Wellington Gabriel da Silva Rodrigues

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Wellington Gabriel da Silva Rodrigues		CPF titular da conta 018.175.612-94	Profissão Motorista
Endereço Rua Juscelino Kubitschek		Número 187	Complemento Casa
Bairro Raimundo Melo	Cidade Rio Branco	Estado Acre	CER 69.921-030
Email		Telefone (DDD) (68) 99601-4758	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - 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)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRQ.	D/V	CONTA NRQ.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

BANCO Nome		NRQ.	
Banco do Brasil		001	
AGÊNCIA NRQ.	D/V	CONTA NRQ.	D/V
2359	0	77547	9
(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 Lider 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-Acre, 04 de Outubro de 2018.

Local e Data

Wellington Gabriel da Silva Rodrigues

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 5ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029696/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/10/2018 14:29 Data/Hora Fim: 04/10/2018 14:33

Origem: Polícia Judiciária Data: 04/10/2018

Delegado de Polícia: Leonardo Alves de Alvarênga Santa Bárbara

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 5ª Regional

Data/Hora do Fato: 10/08/2018 20:11

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Logradouro: RAMAL CASTANHEIRA

Complemento: RODOVIA AC 40 KM 00

Tipo do Local: Via Pública



Bairro: Vila Acre

Natureza

1223 Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RAIANA FREITAS LIMA (TESTEMUNHA, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade: 20

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: RAMAL DA GARAPEIRA

Bairro: VILA ACRE

Nome Civil: WELLIGTON GABRIEL DA SILVA RODRIGUES (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AC - Rio Branco

Sexo: Masculino

Nasc: 12/11/1997

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Leila Maria Souza de Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 018.175.612-94

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: RUA JUSCELINO KUBITSCHEK

Nº: 167

Bairro: RAIMUNDO MELO

Razão Social: DERACRE (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Rio Branco - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029696/2018-A01

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Renavam: 0106713817	Placa: OXP6597
Número do Chassi: 9C2KC2500GR019255	Ano/Modelo Fabricação: 2016-2016
Cor: Preta	UF Veículo: Acre
Município Veículo: Rio Branco	Marca/Modelo: HONDA/CG 160 START
Modelo: HONDA/CG 160 START	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Wellington Gabriel da Silva Rodrigues	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A VITIMA INFORMA QUE VINHA EM UM RAMAL SENTIDO BR NA SUA MÃO CERTA. AO FAZER UMA CURVA TINHA UM BURACO NO QUAL O MESMO CONSEGUIU DESVIAR, MAIS POR EXISTIR MAIS DE UM BURACO A VITIMA NÃO CONSEGUIU MAIS DESVIAR DOS BURACOS. E PARA EVITAR EM CAIR NO BARRANCO TEVE QUE ESCOLHER EM CAIR EM UM BURACO, QUE O GUIDOM VIROU ARREMESSANDO A VITIMA NO QUAL CAIU LESIONANDO SUA CLAVÍCULA VINDO A QUEBRAR, E SUA ESCAPULA, E SUA NAMORADA ESTAVA JUNTO NA HORA DO ACIDENTE ONDE ELA TEVE ESCORIAÇÕES LEVES (ARRANHÕES).

ASSINATURAS

Francisco Alberto da Costa Mendes
Responsável pelo Atendimento

Wellington Gabriel da Silva Rodrigues
Wellington Gabriel da Silva Rodrigues
(Comunicante / Vítima)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que ocupo, respondo civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos artigos 319-Defunção Calúnia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Condição do Crime Penal Brasileiro.

