

**SINISTRO 3180533736 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA WELLIGTON GABRIEL DA SILVA RODRIGUES****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

Comprev Vida e Previdência S/A-Filial Rio Branco-AC

**BENEFICIÁRIO WELLIGTON GABRIEL DA SILVA RODRIGUES****CPF/CNPJ:** 01817561294**Posição em 15-04-2019 19:56:18**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

<b>Data do Pagamento</b>	<b>Valor da Indenização</b>	<b>Juros e Correção</b>	<b>Valor Total</b>
20/12/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



**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 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 <i>018.175.612-94</i>	Nome completo da vítima <i>Wellington Gabriel da Silva Rodrigues</i>
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo <i>Wellington Gabriel da Silva Rodrigues</i>	CPF titular da conta <i>018.175.612-94</i>	Profissão <i>Mobilista</i>	
Endereço <i>Rua Juscelino Kubitschek</i>	Número <i>187</i>	Complemento <i>Cará</i>	
Bairro <i>Raimundo Mel</i>	Cidade <i>Rio Branco</i>	Estado <i>Acre</i>	CEP <i>69.921-030</i>
Email	Telefone (DDD) <i>(18) 93601-4758</i>		

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			
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) <b>BANCO</b> Nome <i>Banco do Brasil</i> NRO <i>001</i>	
<b>AGÊNCIA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	<b>CONTA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	<b>AGÊNCIA</b> NRO. <i>2359</i> D/V <i>0</i> (Informar dígito se existir)	<b>CONTA</b> NRO. <i>77547</i> D/V <i>9</i> (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-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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FAIMA JINKINS GOMES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 15/04/2019 às 18:13, sob o número 07040774320198010001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.us.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0704077-43.2019.8.01.0001 e código 214B8CT.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO  
 ARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**AC**

NOME  
**WELLINGTON GABRIEL DA SILVA RODRIGUES**

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF  
**11595876 SEPC AC**

CPF  
**018.175.612-94**

DATA NASCIMENTO  
**12/11/1997**

FILIAÇÃO  
**EDILSON GOMES RODRIGUES  
 LEILA MARIA SOUZA DA SILVA**

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
**AD**

N.º REGISTRO  
**06763683592**

VALIDADE  
**13/07/2021**

1.ª HABILITAÇÃO  
**19/12/2016**

OBSERVAÇÕES  
**EAR**

*Wellington Gabriel da S. Rodrigues*

ASSINATURA DO PORTADOR  
**RIO BRANCO, AC**

DATA EMISSÃO  
**15/05/2018**

ASSINATURA DO EMISSOR  
**ACRE**

11956487675  
 AC408186925

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1565187288**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**1565187288**

05 OUT 2018

OF. AC. AL. AN. LIC. ES. GO. INT. MS. SAC.

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...: 99929-74  
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.[ ] RAI0 X[ ] SANGUE[ ] URINA[ ] TC[ ] LIQUOR[ ] ECG[ ] ULTRASSONOGRAMA[ ]  
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ], SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Queda de nível de consciência e desorientação*  
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [ VERDE ] [ AMARELO ] [ VERMELHO ] [ AZUL ]  
ESCALA DA DOR: [ SEM DOR ] [ LEVE ] [ MODERADA ] [ INTENSA ]

DIAGNOSTICO: *Fa Chocho de diáfragma* CID: *E*

PRESCRICAO *Fa morfina 10mg* HORARIO DA MEDICACAO *E*

*11 Sol de*  
*21 Alto + wscorito + butor*

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :  
ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] RESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

SANE / MUERB  
CONFORME ORIGINAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FAIMA JINKINS GOMES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 15/04/2019 às 18:13, sob o número 07040774320198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0704077-43.2019.8.01.0001 e código 214B8C7.



**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 Alvarenga Santa Barbara

**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 09

Bairro: Vila Acre

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223 - Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	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 KUBITSCHKE Nº 187  
 Bairro: RAIMUNDO MELO

Razão Social: DERACRE (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR )
Ramo de Atuação: Órgão público

**Endereço**

Município: Rio Branco - AC



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FAIMA JINKINS GOMES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 15/04/2019 às 18:13, sob o número 07040774320198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0704077-43.2019.8.01.0001 e código 214B8C7.

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 029696/2018-A01

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

<b>Grupo Veículo</b>	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>Renavam</b> 0109713617	<b>Placa</b> OXP6597
<b>Número do Chassi</b> 9C2KC2500GR019255	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2016/2016
<b>Cor</b> Preta	<b>UF Veículo</b> Acre
<b>Município Veículo</b> Rio Branco	<b>Marca/Modelo</b> HONDA/CG 160 START
<b>Modelo</b> HONDA/CG 160 START	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	<b>Situação</b> 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**

*[Assinatura]*  
 Francisco Alberto da Costa Mendes  
 Responsável pelo Atendimento

*[Assinatura]*  
 Wellington Gabriel da Silva Rodrigues  
 (Comunicante / Vítima)

Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) (Unidade) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que caberá responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 33º Denúnciação Caluniosa e 340º Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FAIMA JINKINS GOMES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 15/04/2019 às 18:13, sob o número 07040774320198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0704077-43.2019.8.01.0001 e código 214B8C7.

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

Nº da Ocorrência <b>1808100088</b>	Qtd. Vítimas <b>1</b>	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.: QUIDA DE MOTO
---------------------------------------	--------------------------	---	--

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Nome Solicitante: JANDERSON
End.: R ROIV 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 do Solicitante: (68) 999764441 Queixa: QUIDA DE MOTO	Origem da Ligação: VIA PÚBLICA
---	--------------------------------

**VÍTIMAS**

Vítima	Nome: Paciente 1 WELLITON GABRIEL DA SILVA RODRIGUES	Idade: 20 ANO(s)	Sexo: MASCULINO
<b>1</b>	Classificação	CNS:	Documento:
	Endereço:		

PROCURADORIA GERAL DO ESTADO DO ACRE  
 RIO BRANCO - ACRE  
 05 OUT 2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FAIMA JINKINS GOMES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 15/04/2019 às 18:13, sob o número 07040774320198010001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0704077-43.2019.8.01.0001 e código 214B8C7.

**...AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA**

Vítima <b>1</b>	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 ARCO COSTAL E ALGIA EM OMBRO DIREITO PA 13018 FC 62 BPM, SPO2 99%	

Vítima <b>1</b>	Profissional: JOSLEILSON DOS SANTOS	Data/Hora: 10/08/2018 20:14
	Avaliação: vítima de queda de moto ao solo com dor lombar, paresia de mmii lote	

Vítima <b>2</b>	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO	Data/Hora: 10/08/2018 20:58
	Avaliação: EQUIPE INFORMA PCTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO GARUPA SOMENTE COM ESCORIAÇÕES SEM DEFORMIDADES E FRATURAS PA 11070 MM 93 BPM, SPO2 99%	

**AVALIAÇÃO ESTRUTURADA**

**DECISÃO TÉCNICA**

Vítima <b>1</b>	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		
Observação:			

Vítima <b>1</b>	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		
Observação:			

Vítima <b>2</b>	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		
Observação:			

Vítima <b>3</b>	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		
Observação:			

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FAIMA JINKINS GOMES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 15/04/2019 às 18:13, sob o número 07040774320198010001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0704077-43.2019.8.01.0001 e código 214B8C7.



## MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USB 03 RBO	Data/Hora Envio Equipe: 10/08/2018 20:16
	Dt./Hr. Saída Base: 10/08/2018 20:16	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

Efetuated 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
JOSLEI SON DOS SANTOS	10/08/2018 20:14	JOSLEI SON 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



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 interdita 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

Wellington Gabriel da Silva Rodrigues

CPF da Vítima

018.175.612-94

Data do Acidente

10/08/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 - 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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FAIMA JINKINS GOMES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 15/04/2019 às 18:13, sob o número 07040774320198010001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0704077-43.2019.8.01.0001 e código 214B8C8.



Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0070097-5

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S/A  
Rua Valério Magalhães 226 - B. J. - Rio Branco - Acre  
CEP: 69.000-000

Nº da Nota Fiscal: 002087514

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2018	07/09/2018	323	256,04

LEILA MARIA SOUZA DA SILVA  
R. JUSCELINO KUBITSCHER 187 RAIMUNDO MELO  
CPF: 00030824664272  
CEP: 69.921-030 - RIO BRANCO

ROT: 12.001.12.11.001010

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
	KWh		
Atual	13309	Atual	17/08/2018
Anterior	12986	Anterior	18/07/2018
Consumo	1,000	Atual - Anterior	17/09/2018
Consumo FCAM	323	Anterior	16/08/2018
Consumo FCAM	323	Atualizado	17/08/2018

Forma de Pagamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classe Consumidora	Tipo	Numero Medidor	Código Tar
RESIDENCIAL	BI	8063757	1.1.1.2

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês	kWh		
JUL/18	315	CONSUMO	323 A R\$ 0,759123 = 245,19
JUN/18	281	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	10,85
MAI/18	337	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	16,13
ABR/18	339		
MAR/18	332		
FEV/18	343		
JAN/18	327		
DEZ/17	395		
NOV/17	286		
OUT/17	427		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 323 - 0,559930			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO  
LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28  
Parabens! Até o dia 16/08/2018, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 58B7.EC36.AC12.46C8.A785.558D.7919.EEB4

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	81,40	Imposto de Renda	245,19
Energia	64,93	Imposto ICMS	25,00%
Transmissão	2,17	Imposto de Renda	61,29
Perdas	32,37	Imposto de Renda	0,53
Outros	64,32	Imposto de Renda	2,50

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			FIC			DMIC	DICRI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	
Limite	6,27	12,54	25,08	3,92	7,85	15,70	3,71		
Realizado	0,40			1,00			0,40		
Consumo	SAO FRANCISCO						Período de leitura	06/2018	TUSD 89,97

ROT: 12.001.12.11.001010

	SEU CÓDIGO 0070097-5	TOTAL A PAGAR - R\$ 256,04
	MES FATURADO 08/2018	VENCIMENTO 07/09/2018
	Nº da Nota Fiscal: 002087514	FCAM

\*\*\* SR.CAIXA - NAO RECEBER. DEBITO EM CONTA CORRENTE \*\*\*

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FAIMA JINKINS GOMES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 15/04/2019 às 18:13, sob o número 07040774320198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0704077-43.2019.8.01.0001 e código 214B8C8.

# ASSESSORIA JURÍDICA

Fáima Jenkins Gomes -- OAB/AC 3021

- ✓ **Clausula 5ª:** Os honorários a que eventualmente for condenado o(s) vencido(s) por força de decisão judicial (sucumbência), pertencerão, na íntegra, ao CONTRATADO.
- ✓ **CLÁUSULA 6ª:** O total dos honorários poderá ser exigido imediatamente caso seja cassado o(s) mandato(s) outorgado(s) ao CONTRATADO sem culpa destes.
- ✓ **CLÁUSULA 7ª:** O CONTRATANTE, por ocasião da contratação, concorda(m) expressamente de que fora(m) devidamente orientado(s) sobre os riscos da demanda, **bem como de eventual insucesso**, sem que tal fato interfira na remuneração dos CONTRATADOS, ora acertada.
- ✓ **CLÁUSULA 8ª:** A **Revogação do documento judicial por vontade do CONTRATANTE** não o desobriga do pagamento das verbas honorárias contratuais, bem como não retira o direito do advogado de receber o quanto lhe seja devido em eventual verba honorária de sucumbência, calculada proporcionalmente, em face do serviço efetivamente prestado, consoante o dispositivo do Art. 14 do Código de Ética.
- ✓ **CLÁUSULA 9ª:** As partes contratantes elegem o foro da Cidade de Rio Branco/AC, para dirimir qualquer ação oriunda do presente contrato.
- ✓ **CLÁUSULA 10ª:** Para o foro em geral, com a cláusula "*ad judicium et extra*", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até o final da decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes para desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta para outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

E para firmeza e como prova de assim haverem contratado, fizeram este instrumento particular, assinadas pelas partes contratantes e pelas testemunhas abaixo, a tudo presentes.

Rio Branco, 28 de março de 2019.

FAÍMA JINKINS GOMES  
CONTRATADO

*Wellington Gabriel da Silva Rodrigues*  
WELLINGTON GABRIEL DA SILVA RODRIGUES  
CONTRATANTE

# ASSESSORIA JURÍDICA

Fáima Jinkins Gomes – OAB/AC 3021

**CONTRATANTE(S):** – WELLIGTON GABRIEL DA SILVA RODRIGUES, brasileiro, solteiro, portador do RG sob o n°. 11595876 SJSP/AC e pelo CPF sob o n°. 018.175.612-94, sem endereço eletrônico, residente e domiciliada na Av. Juscelino Kubitschek, n° 193, bairro Raimundo Melo, na cidade de Rio Branco - Acre.

**CONTRATADOS:** Dra. FAÍMA JINKINS GOMES, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/AC n° 3.021, com escritório na Rua Coronel Alexandrino, n°325, sala 02, Bairro Bosque, nesta cidade de Rio Branco/AC, Fone (68) 998725-02 3223-6397.

Pelo presente instrumento particular de honorários de advogado, a(s) CONTRATANTE(S) e os CONTRATADOS, acima qualificados, convencionam e contratam o seguinte:

✓ **CLÁUSULA 1ª:** O CONTRATADO obriga-se, face ao mandato judicial que lhes fora outorgado, a prestar seus serviços profissionais na defesa dos interesses do CONTRATANTE na **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS POR VEÍCULO AUTOMOTOR POR VIA TERRESTRE - DPVAT**, para desincumbir com zelo a atividade e encargo de ambos até a sentença em primeira instância.

✓ **PARAGRAFO PRIMEIRO:** Ficando a cargo do (a) CONTRATANTE oferecer todas as informações solicitadas ao caso concreto.

✓ **CLÁUSULA 2ª:** Como remuneração por esses serviços do profissional, a porcentagem de 30% (trinta por cento) em cima do valor a receber da.

✓ **CLÁUSULA 3ª:** O cliente, só poderá desistir do presente contrato dentro do prazo de sete dias a contar desta data, já que anteriormente começou a receber a prestação de serviços com a orientação preventiva, comportamental e jurídica para a consecução dos seus objetivos - fornecerá (ao) ao(s) Advogado(s) os documentos e meios necessários à comprovação processual do seu pretendido direito, e/ou defesa, bem como pagará (ao) antecipadamente as despesas que decorrem da causa.

✓ **CLÁUSULA 4ª:** Ao (a) CONTRATANTE caberá o pagamento das custas e demais despesas que forem necessárias ao bom andamento dos processos, bem como o fornecimento, tempestivamente, de todos os documentos e informações que os CONTRATADOS solicitarem.

Wellington G. da Silva Rodrigues

**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE – WELLIGTON GABRIEL DA SILVA RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, portador do RG sob o nº. 11595876 SJSP/AC e pelo CPF sob o nº. 018.175.612-94, sem endereço eletrônico, residente e domiciliada na Av. Juscelino Kubitschek, nº 193, bairro Raimundo Melo, na cidade de Rio Branco – Acre, nomeia e constitui como sua procuradora:

**OUTORGADO – FAÍMA JINKINS GOMES**, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/AC 3.021, possuidora do endereço eletrônico [faimajinkins@gmail.com](mailto:faimajinkins@gmail.com) com escritório profissional na Av. Ceará, n. 2695, bairro Dom Giocondo, cep. 69.900-300, na cidade de Rio Branco – Acre.

**PODERES** - A quem confere os amplos e gerais poderes para o foro em geral em qualquer grau e jurisdição com as cláusulas "*ad judicium e extra*". O outorgante confere ao outorgado os *poderes especiais ressalvados no Art. 105, do Código de Processo Civil*, para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir à justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica. Podendo ainda, retirar alvarás, levantar valores e ou quantias depositadas judicialmente nas respectivas ações, podendo variar de ações, impetrar Recursos para qualquer Instância ou Tribunal, seguindo umas e outras, até final decisão, substabelecer em pessoa de sua confiança, com ou sem reservas de iguais poderes, podendo, por fim, praticar outros atos, por mais especiais que sejam, para o fiel cumprimento do presente mandato, pelo que dará por bom firme e valioso.

Rio Branco/AC, aos 28 de março de 2019.



**WELLIGTON GABRIEL DA SILVA RODRIGUES**  
**OUTORGANTE**

## DECLARAÇÃO

**WELLIGTON GABRIEL DA SILVA RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, portador do RG sob o nº. 11595876 SJSP/AC e pelo CPF sob o nº. 018.175.612-94, sem endereço eletrônico, residente e domiciliada na Av. Juscelino Kubitschek, nº 193, bairro Raimundo Melo, na cidade de Rio Branco – Acre., **DECLARA**, sob normas da lei e para que produza os legais efeitos, que minha situação econômica não permite pagar as custas do processo no juízo desta Comarca, dos honorários advocatícios sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou de minha família, razão porque necessito dos benefícios da **ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA** do Estado do Acre, nos termos do art. 5º, LXXIV da CF, art.4º da lei 1.060/50 e art.17 da lei 5.584/70.

Por ser esta expressão da verdade, firmo a presente.

Rio Branco – AC, 28 de março de 2019.

*Wellington Gabriel da Silva Rodrigues*

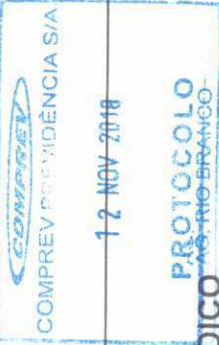
\_\_\_\_\_  
**WELLIGTON GABRIEL DA SILVA RODRIGUES**



# Governo do Estado do Acre

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: \_\_\_\_\_



## RECEITUÁRIO MÉDICO

LACNO

Atento que o Sr. Wellington Gabriel Da  
Silva Rodrigues sofreu acidente de  
trânsito no dia 10/08/2018 apresen-  
tando fratura de clavícula e escápula  
esquerda. Amido submetido a trata-  
mento conservador  
Evolui com supuração do deltoide  
esquerdo, deprimível no tórax, medido  
da clavícula @, limitou um  
Ablação e notação int. extern do  
ombro @ e redução da frax muscu-  
lar do ombro.  
permite o portador de fratura defi-  
nitiva no M.S. E

ASSINATURA DO MÉDICO com  **Dr. Roberto C. Medeiros** - AC  
Médico Ortopedista

