

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: 13/01/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANE SOUZA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000049104-2

Nr. da Autenticação ACBDD0AE22B39D56

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3151018523 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE HENRIQUE NASCIMENTO DA **Data do acidente:** 21/02/2015 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A
SILVA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO

Descrição do exame LIMITACAO NA FLEXO EXTENSAO DO COTOVELO ESQUERDO **Hipotrofia muscular do antebraço esquerdo**
médico pericial:

Resultados terapêuticos: TRATADO CONSERVADORAMENTE COM AINH APARELHO GESSADO
ALTA MEDICA DEFINITIVA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/01/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ

CRM do médico: 2678/AM

UF do CRM do médico: AM

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 um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

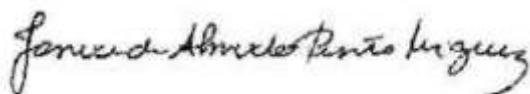
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





MS/DATASUS

UPA VERDE - 2 DISTRITO

No. DO BE: 1080920 DATA: 21/02/2015 HORA: 15:32 USUARIO: LUCIANA
CNS: SETOR: 04-EMERGENCIA PEDIATRICA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE HENRIQUE NASCIMENTO DA SILVA
IDADE: 9 ANOS NASC: 10/03/2005
ENDERECO: RAMAL DA JUDIA - TRAV.3 IRMAOS
COMPLEMENTO: VEIO NO SAMU BAIRRO: AREAL
MUNICIPIO: RIO BRANCO
NOME PAI/MAE: JENECI VENANCIO DA SILVA
RESPONSAVEL: IRMA - MARIA VITORIA
PROCEDENCIA: RECANDO BURITIS-MAURI SERGIO
ATENDIMENTO: ATROPELAMENTO
CASO POLICIAL: NAO
ACID. TRABALHO: NAO
PLANO DE SAUDE: NAO
VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC...: SEXO.: MASCULINO.
NUMERO: 132
UF: AC CEP...: 69900-000
/JANE SOUZA DO NASCIMENTO
TEL...: 9600-9916

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

AMES COMPLEMENTARES: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Res. do menor em ceto (C) *com hirs-*
to e hirsuto *fratura de clavos?*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

Res. do menor (C)

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

<i>Envolvimento ao devers (tremores) e Obst.</i>	<i>SABEMI SEGURADORAS</i>

DATA DA SAIDA: / /

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

HORA DA SAIDA: 14:00:00

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

RECEBIDO

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ERISON J. CAVALCANTE
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL
ASSINATURA DO MEDICO
CRIMBRO E CARIMBO DO MEDICO



SABEMI SEGURADORA S/A
14 DEZ 2015
RECEBIDO



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Fábio Souza de Menezes, PORTADOR(A) DO RG N° 260104 EXPEDIDO POR 998, AC EM 15/09/14 E CPF 646902462-68 /CNPJ 00000000-0000-0000, PROFISSÃO Recepcionista E RENDA MENSAL DE R\$ Recepcionista NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Fábio Souza de Menezes, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SABEMI SEGURADORA S/A

14/11/2013

RECEBIDO.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0039 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 29104-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

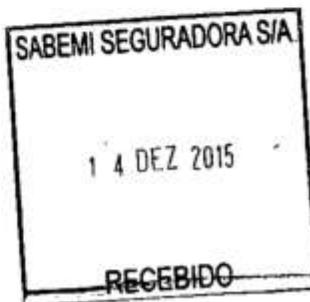
Rio Branco de 02 de 2015

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





ESTADO DO ACRE
 SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
 SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ATENDIMENTO A MULHER - DEAM RIO BRANCO
 Endereço: VIA CHICO MENDES, 803 - Triângulo - 69901-180, Fone: (68)3221-4799 /
 (68)3221-0404.

OCORRÊNCIA N°: 950/2015 - Registrado em 26 de Fevereiro de 2015 às 10:46h

FATO COMUNICADO

— Data/Hora do Fato: 21/02/2015 às 16:00hs, Sábado

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI N° 9.503/97)

Mensagem Obrigatória: "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: www.dpvatseguro.com.br".

LOCAL

Municipio: Rio Branco

Estado: AC

Logradouro:

Nº: CEP:

Bairro: RECANTO DOS BURITIS

Tp de Local: VIA URBANA

Referência: próx. o mercantil tou crescendo

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE

JANE SOUZA DO NASCIMENTO (39), do sexo feminino, Brasileira, Convivente, exercendo a profissão de DO LAR, RG N°: 260104/SSPAC, CPF: 676.512.752-68, nascida em 23/07/1975, natural de Rio Branco - AC, PAI: JOSE LOPES DO NASCIMENTO e MÃE: MARIA MORAES DE SOUZA, Endereço: RAMAL DA JUDIA, 132 - TRAV 03 IRMÃOS - Bairro: AREIAL - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9964-4723 / 9954-4814.

ENVOLVIMENTO: VÍTIMA

JOSE HENRIQUE NASCIMENTO DA SILVA (9), do sexo masculino, Brasileira, exercendo a profissão de ESTUDANTE, nascido em 10/03/2005, natural de Rio Branco - AC, PAI: GENECI VERANCIO DA SILVA e MÃE: JANE SOUZA DO NASCIMENTO, Endereço: RAMAL DA JUDIA, 132 - Bairro: AREIAL - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9600-9916.

ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

A comunicante acima citada veio nesta Delegacia informar que, seu filho menor de idade acima citado, foi atropelado por uma moto, deixando fratura no braço esquerdo. Diante do fato pede providência. OBS: B.O encaminhado p/ 2º regional.

Frederico Pires Tostes
 Delegado de Polícia

FREDERICO PIRES TOSTES
 DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

MARIA LÚCIA BRITO VIEIRA
 ATENDENTE

Jane Souza do Nascimento
 JANE SOUZA DO NASCIMENTO
 COMUNICANTE

SABEMI SEGURADORA SIA

14 DEZ 2015

RECEBIDO

VÍTIMAS

Paciente 2JOSE HENRIQUE DO NASCIMENTO Classificação:
 IDADE : 9 ANO(s) SEXO : Masculino

AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

OPERADOR	AVALIAÇÃO	DATA/HORA
OSVALDO LEAL	informante relata que paciente foi agredido e encontra-se ao solo.	21/02/2015 15:00:56
ANTONIO CASTRO	PCT VITIMA DE ATROPELAMENTO COM ESCORIAÇÕES SIMPLES LOTE GLASGOW-15	21/02/2015 15:29:20

DECISÃO TÉCNICA

Vítima sem Decisão Gestora.

CONDUTA

Vítima sem Decisão Gestora.

HIPÓTESE DIAGNOSTICO

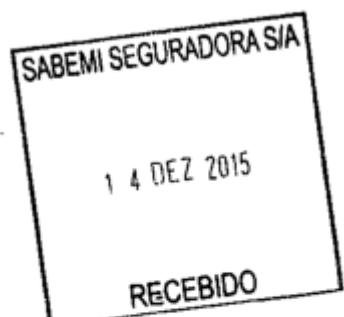
Vítima sem Hipótese de Diagnóstico Preenchida.

VEÍCULO(S)

VEÍCULO	EQUIPE	ENVIO EQUIPE	SAIDA BASE	CHEGADA LOCAL	SAIDA LOCAL	CHEGADA DESTINO	RETORNO DESTINO	CHEGADA BASE
USB 03- RB UPA	ZAQUEU DA SILVA RAMOS(AUXENF) FRANCISCO LENISIO	21/02/2015 15:02:15	21/02/2015 15:02:25	21/02/2015 15:09:23	21/02/2015 15:23:44	21/02/2015 15:23:55	21/02/2015 15:24:04	
	MOREIRA(MOTORISTA)							
	ZAQUEU DA SILVA RAMOS(AUXENF) FRANCISCO LENISIO							
	MOREIRA(MOTORISTA)							
	ZAQUEU DA SILVA RAMOS(AUXENF) FRANCISCO LENISIO							
	MOREIRA(MOTORISTA)							
USB 03- RB UPA	ZAQUEU DA SILVA RAMOS(AUXENF) FRANCISCO LENISIO	21/02/2015 15:02:15	21/02/2015 15:02:25	21/02/2015 15:09:23	21/02/2015 15:23:44	21/02/2015 15:23:55	21/02/2015 15:24:04	
	MOREIRA(MOTORISTA)							
	ZAQUEU DA SILVA RAMOS(AUXENF) FRANCISCO LENISIO							
	MOREIRA(MOTORISTA)							

MOVIMENTAÇÃO DA OCORRÊNCIA

DATA/HORA	EFETUADO POR	ORIGEM EM	DESTINO EM
21/02/2015 15:27:23	ANTONIO CASTRO (M)	LIGAÇÃO	ANTONIO CASTRO



Nº Ocorrência: 1502212994 21/02/2015 14:53:38 Apelido: PASSANDO MAL 2994 2 Vítimas

DADOS INICIAIS

Solicitante, DO TELEFONE (68) - 99335439, SENDO ** NÃO INFORMADO ** A VÍTIMA. FEZ UMA LIGAÇÃO DO TIPO ATENDIMENTOS E A LIGAÇÃO ORIGINOU-SE DE DOMICÍLIO.

A QUEIXA NÃO FOI CADASTRADA.

ATRIBUIU-SE À ESTA OCORRÊNCIA O APELIDO: PASSANDO MAL 2994; O TIPO DA OCORRÊNCIA FOI CLASSIFICADO COMO CAUSA EXTERNA E O MOTIVO DA OCORRÊNCIA FOI AGRESSÃO. INICIOU-SE EM 21/02/2015 14:53:38 E FOI FINALIZADA EM 21/02/2015 15:30:19.

RISCO PRESUMIDO: VERDE(BAIXO RISCO) | RISCO COMPROVADO: VERDE(BAIXO RISCO)

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA

IPE IPE,

RECANTO DOS BURITIS - RIO BRANCO - AC

CEP :

PONTO DE REFERÊNCIA : NA RUA DO TRATAMENTO DE ESGOSTO

Não foi solicitado apoio.

ENDEREÇO DO SOLICITANTE - IGUAL

IJA IPE,

RECANTO DOS BURITIS - 120040AC

PONTO DE REFERÊNCIA :NA RUA DO TRATAMENTO DE ESGOSTO



MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2194859
CNS: 898002935671319DATA: 21/02/2015 HORA: 17:31 USUARIO: MARIA LOURDES
SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE HENRIQUE NASCIMENTO DA SILVA
 IDADE: 9 ANOS NASC: 10/03/2005
 ENDERECO: RAMAL DA JUDIA TRAV. TRES IRMAOS
 COMPLEMENTO: BATRPO: CANAA
 MUNICIPIO: RIO BRANCO
 NOME PAI/MAE: GEREHIR VENANCIO DA SILVA
 RESPONSAVEL: A MAE
 PROCEDENCIA: UPA-VIA VERDE
 ATENDIMENTO: CONSULTA/PRESCRICAO
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC.: C.SUS
 SEXO: MASCULINO
 NUMERO: 132
 UF: AC CEP: -
 JANE SOUZA NASCIMENTO
 TEL.: 9600-9916

PA[mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[]EXAM.COMPL. [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TECIDO [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIASUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 1/1

*Relata ter sido atropelado por
uma moto. Apresenta - se com*

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

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

Padecimento crescente o tempo e Especial - Ornitodo

DIAGNOSTICO: *Frat. de diâmnio.* [] CID: _____

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*- Avaliação da Pediatria
- Revisão pela ortopedia*

- Bel PARECER DA ORTOPEDIA

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAOHORA: *Rafael Antunes* :
[] MEDICO [] PAC. :
[] CRB-ESISTENCIA[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): _____

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

14 DEZ 2015

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

RECEBIDO

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2194859
CNS: 898002935671319DATA: 21/02/2015 HORA: 17:31 USUARIO: MARIA LOURDES
SETOR: 06-SALA DE GESSONOME: JOSE HENRIQUE NASCIMENTO DA SILVA
IDADE: 9 ANOS NASC: 10/03/2006
ENDERECO: RAMAL DA JUDIA TRAV. TRES IRMAOS
COMPLEMENTO: BAIRRO: CANAA

MUNICIPIO: RIO BRANCO

NOME PAI/MAE: GEREHIR VENANCIO DA SILVA

RESPONSAVEL: A MAE

PROCEDENCIA: UPA-VIA VERDE

ACENDIMENTO: CONSULTA/PRESCRICAO

CASO FOLICIAL: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

PLANO DE SAUDE: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: NAO

UF: AC

/JANE SOUZA

DOC.: C.SUS

SEXO.: MASCULINO

NUMERO: 132

CEP: -

NASCIMENTO

TEL.: 9600-9916

TRAUMA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 1/1

Relata ter sido atropelado por
uma moto. Presenta - no couOBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]DIAGNOSTICO: Pediatra - consciente e tranquilo - Exclusivo - Ortopedia
Fract. de clavos. CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- Avaliação da Pediatria
- Reavaliação pela ortopedia
- Novo parecer na ortopedia

DATA DA SAIDA: / /
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):HORARIO AMBULATÓRIO:
[] 14:55 AC :
[] CRÉDITO DE SISTENCIAS

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APÓS 48HS

IML [] ANAT
14 DEZ 2015 PATOL

SABEM SEGUROADORA SIA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO

DO MEDICO

RECEBIDO