

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: 19/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ALAILTON SILVA ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000125903-8

Nr. da Autenticação 2DEF1BEBB34BFC63

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190355279

Vítima: FRANCISCO ALAILTON SILVA ALVES

Data do Acidente: 13/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ALAILTON SILVA ALVES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50
Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%	
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$ 2.362,50

Recebedor: FRANCISCO ALAILTON SILVA ALVES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000534

Conta: 00000125903-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

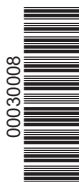
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC Nº 014397654022
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 01 00346675197 2018

FRANCISCO ALATTON SILVA ALVES
Nº Lacre: AC0000663808

017.965.102-11 PLACA NAE8807

PLACA ANT IUF AC 9C2KCI660R521908

ESPÉCIMO: HONDA GOLD WING 150 EX

BARCA: 100 150 EX

CAP POT / CL: 28/0149CL/

CATEGORIA: 1 PARTIDU

COTA UNICA: 1

PREMIO TARIFARIO (R\$): R\$0.00

PREMIO TOTAL (R\$): R\$185.33

SEM RESERVA DE BOMINIO * BEN. TRIBUTARIO

RIO BRANCO

DATA: 10/09/2018

AC Nº 014397654022 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 10/09/2018

VEICULO: 01 017.965.102-11 PLACA: NAE8807

BARCA: 100 150 EX

CHASSI: 9C2KCI660R521908

ANO FAB: 2011

PREMIO TARIFARIO

R\$01.29

R\$40.7

R\$185.33

R\$4.15

R\$185.33

R\$0.00

R\$185.33

R\$40.7

R\$185.33

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
24 ABR 2019
PROTOCOLO
AC RIO BRANCO

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 06.248.606/0001-04

0408020172/5628

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGÊNCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2596572

CNS:

DATA: 13/11/2018

HORA: 08:33

USUARIO: KHERLLY

SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
 NOME: FRANCISCO ALAILTON SILVA ALVES
 IDADE: 27 ANOS NASC: 28/08/1991
 ENDEREÇO: RUA DAS ROSAS Q E C 06
 COMPLEMENTO: VEIO NO SAMU
 MUNICIPIO: RIO BRANCO BAIRRO: RECANTO DOS BURITIS
 NOME PAI/MAE: ELAINE - ESPOSA
 RESPONSÁVEL: CORRENTE
 PROCEDENCIA: ACIDENTE DE TRANSITO
 ATENDIMENTO: NAO
 CASO POLICIAL: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO

DOC. ANT
 SEXO: MASCULINO
 NUMERO:
 UF: AC CEP: :
 /MARIA ANTONIA NASCIMENTO SILVA
 TEL.: 99211-8848

PLANO DE SAUDE: NAO
 VEIO DE AMBULANCIA: SIM

TRAUMA: SIM
 COMPREV PREVIDENCIA S/A

PA[X mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[74 ABR 719] SPO2[]
 EXAM. COMPL. [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA []
 SPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

Ac. Transito. Lesões expostas de pé
 não exp.

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
 ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

CID:

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

[] EVASAO

HORA DA SAIDA:

[] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

SAME / HUEB

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

Pacienteiente 04/10/19



Novo Acre
Governo paralelo, povo empoderado

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO

Unidade: _____

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: _____

Para: _____

Nome do paciente: Fco. Naiton

Hipótese diagnóstica: Lux. EXPOSA 1º Q.D.

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

TRAMA 01 SEMDMA

cf RX

13.11.18


ASSINATURA



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO

Unidade: _____

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: _____

Para: _____

Nome do paciente: Fco. Almeida

Hipótese diagnóstica: Lux. Exposta 1º Q.D.

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

TRAIADA
01 S.F.M.D.A.

cf RX

DATA: 13/11/18

ASSINATURA

Edilio S. P. Filho
Odontólogo - Translocador
CRM-AC: 167



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

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL
FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

MASC. () FEM. ()

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

COD. IBGE MUNICÍPIO

UF

RAÇA 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

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID 10 PRINCIPAL

OBSERVAÇÕES

ADM

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)

CBO

Nº DOCUMENTO CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Edisio R Filho
Ortopedia - Traumatologia
CPM-AC: 369

RECEITUÁRIO

PACIENTE: Lauro

Fernando Almitos Silva Alves sofreu acidente de trânsito no dia 13/11/18 apresentando fratura - luxação do 1º IFP do 1º dedo da mão direita sendo submetido a toda medida para redução e sutura.

Exclui com escotiz da lesão tendão de 1 cm na face volar do 1º dedo da mão @, rigidez articular do dedo, limitação funcional do outro dedo da mão @ e redução da força muscular da mão.

portanto é posterior de sequelas definitiva na mão @ e estar de alta médica.

DATA / /

RBR 30/5/19

ASSINATURA DO MÉDICO

SANTA CASA DE MISERICORDIA DO ACRE - CNPJ: 04.740.001/0001-00
RUA ALVORADA, Nº 54 - BOQUE - FLORESTA
CEP: 69.005-500 - FONE: 3225-4605
José C. Silverio C.
Médico Ortopedista
CRM 483 - AC




INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
UNIDADE ADMINISTRATIVA
PRIMEIRA SECRETARIA DE SEGURANÇA SOCIAL
GERENCIA REGIONAL DE ACRE

NOME
FRANCISCO ALAILTON SILVA ALVES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
12196258 / SEPC AC

CNPJ
017.965.102-11

DATA NASCIMENTO
28/08/1991

FILIAÇÃO
FRANCISCO MARCELINO ALVES
MARIA ANTONIA DO NASCIMENTO SILVA

PERMISSÃO
RECEBIMENTO

ACT
A

CAT. HAB
A

Nº REGISTRO
06492506732

VALIDADE
17/01/2024

1ª HABILITAÇÃO
27/10/2019

OBSERVAÇÕES


Assinatura do titular
Francisco Alailton Silva Alves

LOCAL
RIO BRANCO, AC

DATA EMISSÃO
18/01/2019

1ª VIA - ATENDIMENTO SOCIAL
2ª VIA - ARQUIVO
3ª VIA - ARQUIVO

40621024734
AC408695012

ACRE

VALIDADE TUBO
O IDENTIFICADOR NACIONAL
1755266270

PROCESO ELASTICO
1755266270

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
24 ABR 2019
PROTOCOLO
AC-RIO BRANCO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

CPF do segurado:

CPF do vítima:

Nome completo da vítima:

017.965.102.11

Francisco Alailton Silva Alves

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Francisco Alailton Silva Alves

CPF: 017.965.102.11

Profissão: Relizador

R. das Rosas 236 - RD e CS 08

Número: 236

Complemento: Casa

Recanto dos Buritis Rio Branco

Estado: Acre

CEP: 69.907.505

Telefone: 68 3301-6477

Declaro, para todos os fins de direito, revirar no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA)

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ SEM RENDA

☐ 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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUQUANÇA (verificar dados bancários abaixo. Assinale uma opção)

☐ Banco do Brasil (232)

☐ Itaú (311)

☐ Banco da América (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (verificar dados bancários)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0534

03

CONTA: 0012 5903

8

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a ser devido em caso de morte ou invalidez permanente, desde que o valor não exceda o limite máximo de crédito, a título de indenização total do seguro.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não fui IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Nesta data, declaro, sob as penas da lei, que não apresentarei o laudo do IML para fins de requerimento de indenização por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde que não haja qualquer prejuízo à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para a verificação da existência e quantificação das lesões, com a possibilidade de anulação da indenização, conforme previsto no art. 194, IV, da Lei nº 5.106, de 1966, e no art. 171, do Decreto nº 20.911, de 1934, e que esta declaração não significa anulação da indenização por morte ou invalidez permanente.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Deixa-se beneficiário com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos: ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: vivos: falecidos:

Vítima deixou nascituro(s): ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou filhos vivos: ☐ Sim ☐ Não

Declaro, sob as penas da lei, que não apresentarei o laudo do IML para fins de requerimento de indenização por morte, com base na documentação apresentada, concordando, desde que não haja qualquer prejuízo à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para a verificação da existência e quantificação das lesões, com a possibilidade de anulação da indenização, conforme previsto no art. 194, IV, da Lei nº 5.106, de 1966, e no art. 171, do Decreto nº 20.911, de 1934, e que esta declaração não significa anulação da indenização por morte ou invalidez permanente.

Local e data:

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS:

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina o ROLLO

Francisco Alailton Silva Alves

Assinatura do titular/beneficiário (declarante)

Assinatura do representante legal (se houver)

Assinatura do testemunha (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROLLO, de preferência 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Rio Branco Acre 23 Abril 2019



6277 8017 3377 7001

FRANCISCO A S ALVES
0534 013 00125003-8

VALID DATE
10/24

CIO



Declaração de Acidente de Trânsito Nº50/2019

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

1. LOCAL/DATA DO ACIDENTE

DATA: 13/11/2018	HORA: 06:59
LOGRADOURO: AV. PRESIDENTE MEDICI Nº1971	
BAIRRO: AREAL	CIDADE: RIO BRANCO
REFERÊNCIA:	UF: AC

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

PLACA: NAE 8807	MARCA: HONDA	MODELO: CG150 TITAN	ESPÉCIE: MOTOCICLO
RENAVAM: 00346675197	CHASSI: 9C2KC1660BR521908	COR: PRETA	UF: AC
PROPRIETÁRIO: FRANCISCO ALAILTON SILVA ALVES	CPF: 017 965 102 11		
ENDEREÇO: RUA DAS ROSAS Nº 236	BAIRRO RECANTO DOS BURITIS	CIDADE: RIO BRANCO	

3. DADOS DA VÍTIMA

(X) CONDUTOR		() PASSAGEIRO	() CICLISTA	() PEDESTRE
NOME: FRANCISCO ALAILTON SILVA ALVES				
SEXO: MASCULINO	NASCIMENTO: 28/08/1991	PROFISSÃO: PEDREIRO	ESTADO CIVIL: CASADO	
CPF: 017 965 102 11	RG: 12196258	ORG.: SSP/AC	COMPREV: EVIDENCIA S/A	
NATURALIDADE: RIO BRANCO	NACIONALIDADE: BRASILEIRA	24 ABR 2019		
GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO		PROTOCOLO		
REGISTRO DA CNH: 06492506732	CATEGORIA: A	VALIDADE: 17/01/2024	UF: AC	
ENDEREÇO: RUA DAS ROSAS Nº 236	BAIRRO RECANTOS DOS BURITIS	CIDADE: RIO BRANCO		

4. NARRATIVA DO ACIDENTE CONFORME DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

Informo que compareceu a este Batalhão de Policiamento de Trânsito - BPTRAN, o Sr. FRANCISCO ALAITON SILVA ALVES, ele relata que no dia, local e horário supramencionados o mesmo trafegava na referida motocicleta, quando em dado momento havia óleo na via e o mesmo perdeu o controle da motocicleta e caiu no chão e foi socorrido e conduzido ao PS, de acordo com BE n 2596572.

Francisco Alaiton Silva Alves
DECLARANTE

5. COMUNICAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

NOME: ABREU	RG: 3277
POSTO/GRAD: SGT/PM	MATRÍCULA: 9124357-1
DATA: 23/04/2019	OPM: BPTRAN
ASSINATURA: <i>[Assinatura]</i>	HORA: 10:36

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.