



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME:	CELSON MANOEL DA SILVA BATISTA		
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA		
ESTADO CIVIL:	CASADO		
PROFISSÃO:	AUTÔNOMO		
CPF:	216.224.262-15	RG:	142.942 SSP/AC
ENDEREÇO:	AVENIDA FLORIPES LEONICE DA SILVA, Nº224, CONJUNTO OSCAR PASSOS, RIO BRANCO-ACRE, CEP:69.901-640		
E-MAIL:	NÃO POSSUI		
TELEFONE:	9.8418-1545		

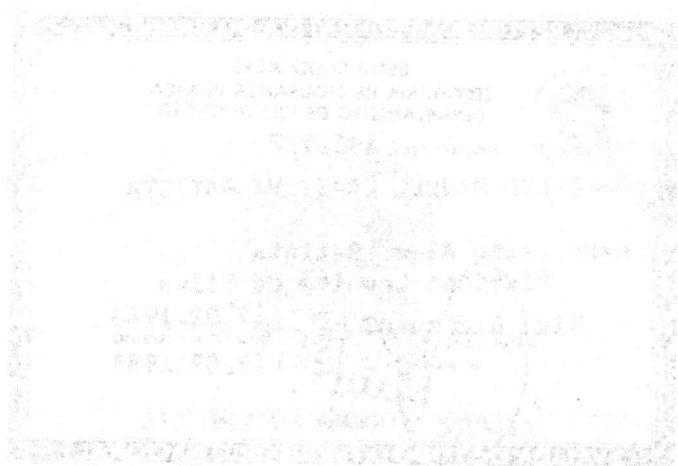
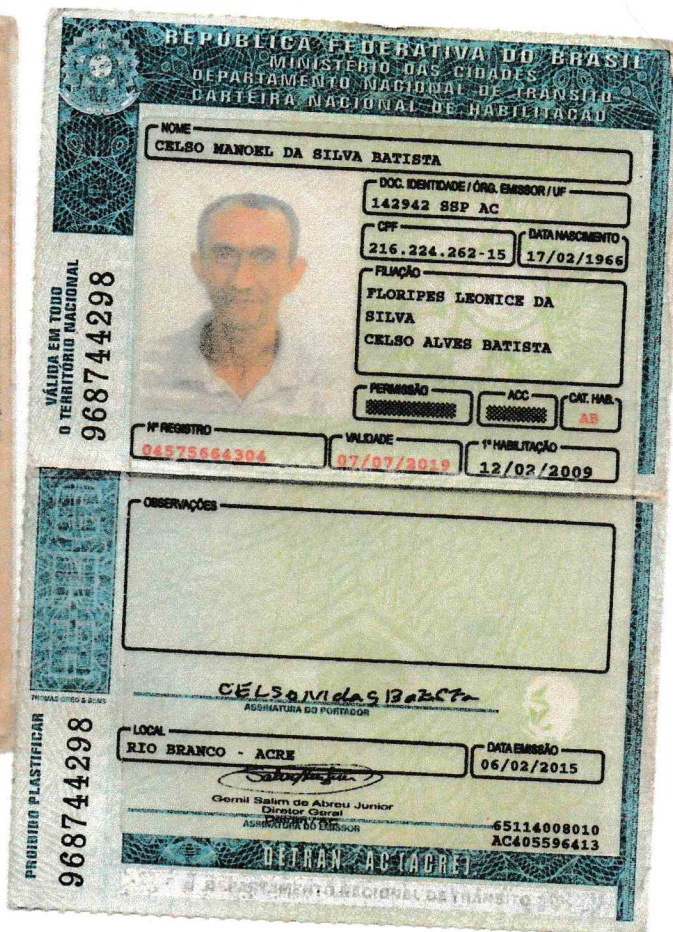
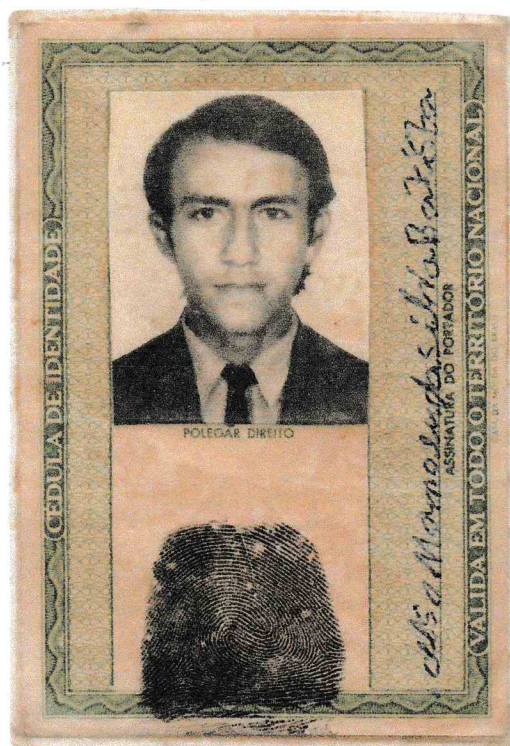
OUTORGADOS: CLEFSON DAS CHAGAS LIMA ANDRADE, brasileiro, casado, advogado, OAB/AC n. 4.742, ANTONIO ÁTILA SILVA DA CRUZ, brasileiro, casado, OAB/AC n. 5348 e CLEIBER MENDES DE FREITAS, brasileiro, casado, assistente jurídico, CPF n. 568.921.791-34, com endereço profissional na Rua Barão do Rio Branco, nº 345, Centro, Feijó-AC, CEP: 69960-000 e na Avenida Nações Unidas, 525, 1º Andar, Sala 08, Bosque – CEP 69.900-721, Rio Branco – AC.

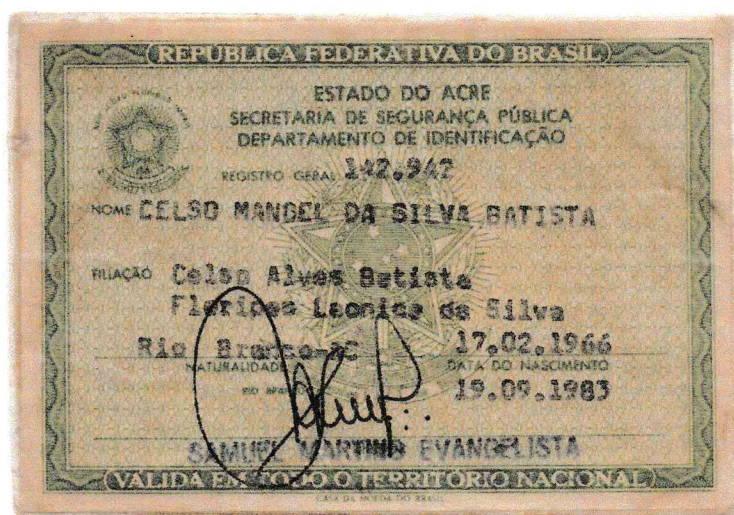
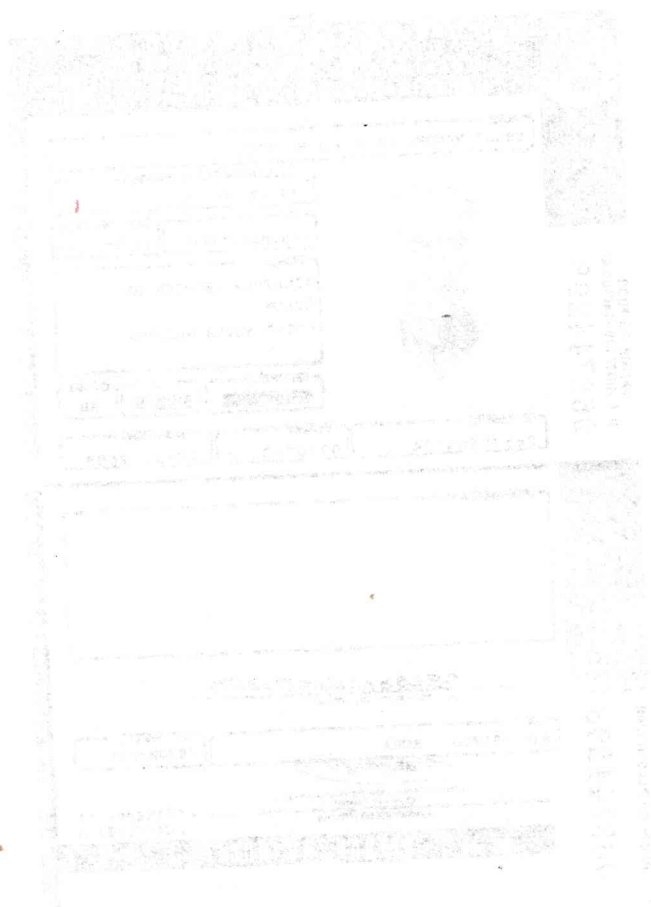
PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o **OUTORGANTE** confere ao **OUTORGADO** plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula “ad judicia et extra” em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, levantar ou receber RPV e alvarás, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer está a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, **além de poder realizar requerimentos administrativos e pesquisas diversas junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS**, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA: para os devidos fins de direito e sob as penas da lei e para que, produza os legais e jurídicos efeitos, declara que é hipossuficiente nos termos da lei, razão pela qual necessita dos benefícios da Justiça Gratuita, nos termos do art. 5º, LXXIV da CF e art. 98 e sgs. do NCPC

ABC – AC, 01 / Outubro / 2019.

CELSON MANOEL DA SILVA BATISTA
OUTORGANTE





DETRAN
ACRE

Povo
do Acre

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

10789

NÚMERO FOLHA

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DE RODOVIA

AV. AMADEO BARBOSA MAXIMO A RETIFICA RIOMAR

03 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

04 UF

AC

05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC...

AVES DORADAS / SENTIDO BAIRRO - CENTRO

06 HORA DA OCORRÊNCIA

08:28

07 ZONA RURAL / URBANA

☒ URBANA

08 DATA

10/06/19

09 DIA DA SEMANA

QUARTA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO ☐ 1

COLISÃO ☒ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM ☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO ☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR) ☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO ☒ 1

CONCRETO ☐ 3

PARALELEPÍEDO ☐ 5

CASCALHO ☐ 7

TERRA ☐ 9

AREIA ☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA ☒ 1

MOLHADO ☐ 3

OLEOSA ☐ 5

ENLAMEADA ☐ 7

DANIFICADA ☐ 9

OBRAS ☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM ☒ 1

CHUVA ☐ 3

NEBLINA ☐ 5

GAROA ☐ 7

14 N° DE VEÍCULOS

02

15 N° DE VÍTIMAS

01

SEM VÍTIMAS ☐

COM VÍTIMAS ☒

17 SEXO

M ☐ 1 F ☒ 3

18 NASCIMENTO

12/01/74

16 NOME CONDUTOR

GISELE NUNES DOS SANTOS

19 ENDEREÇO

R. EVALDO ABREU CURTY N: 25 - SANTO AFONSO - TEL.: 99979.2703

20 1ª HABILITAÇÃO

28/08/2012

21 CATEGORIA

B

22 PRONTUÁRIO

0557868539 AC

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

27 MARCA

HVUNDAI/HB20S 1.6

28 ESPÉCIE

PAS/AUTOMOVEL

29 PLACA

QLD0644

30 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

ALDIRASIO DONATO DOS SANTOS

34 CHASSIS

9RH3641DBKPO14683

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

36 AVARIAS

SETE FONTAL

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

BAIRRO - CENTRO

40 AÇÃO DO CONDUTOR

PERMANECER NO LOCAL

42 NOME CONDUTOR

CEL SO MANOEL DA SILVA BATISTA

45 ENDEREÇO

R. DOMINGOS GOMES DE OLIVEIRA N: 870 - CIDADE DO POVO - TEL.: 9.92359

46 1ª HABILITAÇÃO

12/02/2009

47 CATEGORIA

AB

48 PRONTUÁRIO

04575664304

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

53 MARCA

YAMAHA/FREIO YBR 125

54 ESPÉCIE

PAS/MOTOCICLO

55 PLACA

NAB6554

56 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

AILTON DA SILVA BATISTA

60 CHASSIS

966 KE 1520C0109445

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☒

62 AVARIAS

SETORES FONTAL E TRASEIRO, LATERAIS DIREITO E

ESQUERDO

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

BAIRRO - CENTRO

66 AÇÃO DO CONDUTOR

CONDUZIDO AO PUNTO SOCORRO PELA SAMU

68 NOME

71 ENDEREÇO

75 NOME

78 ENDEREÇO

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

72 IDENTIDADE N°

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

79 IDENTIDADE N°

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

VEÍCULO / CONDUTOR

VEÍCULO / CONDUTOR

TESTEMUNHAS

CONFERE COM O ORIGINAL
EM 31/06/19
PLA 002

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO A. SILVA DA CRUZ e Tribunal de Justiça do Acre, protocolado em 11/10/2019 às 16:31, sob o número 06060631120198010070. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0606063-11.2019.8.01.0070 e código 23BFD49.

[illegible]

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

INFORMO QUE HOUVE UMA COLISÃO ENTRE V1 E V2. QUE O V1 TRANSITAVA NO SENTIDO BAIRRO - CENTRO E O V2 NO MESMO SENTIDO. SEGUNDO O V1 O MESMO TRANSITAVA NO SENTIDO BAIRRO - CENTRO QUANDO NO ENDEREÇO CITADO PERDEU A CONSCIÊNCIA E NEM NINGUÉM COMEÇOU A COLISÃO NÃO SOUBE INFORMAR COMO OCORREU. QUE FOI REALIZADO O TESTE DO ETILOMETRO (BAFOMETRO) NO V1 E DEL NEGATIVO PARA PRESENCIA DE ALCOOL COM RESULTADO 0,00 MG/L. QUE A POLÍCIA TÉCNICA CIENTÍFICA FOI ACIONADA E COMPARECEU NO LOCAL PARA TODOS OS PROCEDIMENTOS CABíveis. INFORMO AINDA QUE O V1 NÃO APRESENTAVA NENHUM SINAL DE ALTERAÇÃO DA CAPACIDADE PSICOMOTORA, NÃO FOI POSSÍVEL REALIZAR O TESTE DO BAFOMETRO NO V2 DEVIDO AO SEU ESTADO CLÍNICO, SAMU ENCAMIOU O MESMO COM FERIMENTOS NA CABEÇA E DELO CORTE

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

Assinado digitalmente por ANTONIO

102 MOTORISTA U1	103 MOTORISTA U2	104 AGENTE AUTORAÇÃO DE TRÂNSITO BPMAC / PMAC
105 NOME GIRLEA NUNES DOS SANTOS	106 NOME CELSON MANOEL DA SILVA BASTA	107 NOME / RG SR BM MAYCON / 4646
108 ASSINATURA Girlema Nunes Santos	109 ASSINATURA IMPOSSIBILITADO.	110 ASSINATURA 
111 LOCAL RIO BRANCO, AC	112 DATA 05/06/19	



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL – SEPC
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DA 2ª REGIONAL – 2º DPCR
ENDEREÇO: CIDADE DO POVO – RIO BRANCO-AC
TELEFONE: (68) 3223-3943 – E-MAIL: 2dpcr.sepc@ac.gov.br

fls. 12

OFF-LINE

OCORRÊNCIA Nº 998/2019

Registrado em: 11/06/2019, às 10h55min

**LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DO VEÍCULO
AUTOMOTOR**

Data/Hora do Fato: 05/06/2019, à 08h28min

LOCAL DO FATO:

Município: RIO BRANCO
Endereço: Amadeu Barbosa
Bairro: Canãa
Referência: Próximo ao retorno .

Estado: AC
CEP:
Tipo de Local: VIA PÚBLICA

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE

Nome: FABIO DA COSTA BATISTA

Filiação: Celso Manoel da Silva Batista e Railda Holanda da Costa

Dados Pessoais:

RG: 10126783 SSP/AC

CPF: 945.826.372-72

Data de Nascimento: 24/11/1987

Natural: Rio Branco -Ac

Endereço: Rua Gomes de Oliveira , Q:23ª, C:07

Bairro: Cidade do Povo.

Telefone: 68. 99225-9763

ENVOLVIMENTO: VÍTIMA

Nome: CELSO MANOEL BATISTA

Filiação: Floripes Leonice da Silva e Celso Alves Batista

Dados Pessoais:

RG: 142942 SSP/AC

CPF: 216.224.262-15

Data de Nascimento: 17/02/1966

Rio Branco – AC

Endereço: Rua Geraldo Leite, nº 2071, Q:3ª, C: 28

Bairro: Cidade do Povo

OBJETOS: 01 (UMA) MOTO YAMAHA/FACTOR YBR 125 K , COR VERMELHA, ANO FAB/MOD 2012, PLACA NAB 6554

ENVOLVIMENTO: AUTOR

Nome: GIRLEN NUNES DOS SANTOS

Endereço: Rua Envaldo Abreu Curty, Inº 25

Bairro: Santo Afonso

Telefones: 99979-2703

OBJETO: 01 HYUNDAI HB20 , PLACA QLU -0644.

O comunicante veio nesta Delegacia para notificar que seu pai/vítima sofreu um acidente, causado pela autora, que segundo informações, vinha conduzindo seu veículo sentido Bairro/Centro, momento em que teve um mau súbito e perdeu a consciência e colidiu na traseira da moto da vítima, a qual caiu ao solo e sofreu varias lesões pelos corpo, quebrando uns do dedo da mão direita, sendo atendido pelo SAMU e encaminhando para o Pronto Socorro de Rio Branco -Ac. Diante dos fato pede providências para o caso.

Jarlen Alexandre Martins Rodrigues
Delegado de Polícia
Mat. 9139494-1

JARLEN ALEXANDRE MARTINS RODRIGUES
Delegado de Polícia Civil

Jaesio
JAESIO DA SILVA FERREIRA
Ag.insp.especial de polícia

Fabio da Costa Batista
Comunicante



SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 12/06/2019 Hora emissão: 09:21 Operador:
Nº da Ocorrência 1906050020	Qtd. Vítimas 1	Di/Hr Início: 05/06/2019 08:13 Di/Hr Término: 05/06/2019 09:38	Classificação de Risco: VERDE (BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: COLISÃO CARRO X MOTO	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante: ANTONIO
End.: R AMADEI BARBOSA
Bairro: RECANTO DOS BURITIS
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: PROX AO RADAR

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
Telefone do Solicitante: (68) 999643974
Queixa: CARRO MOTO

Origem da Ligação: VIA PÚBLICA

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: CELSON MANOEL BATISTA SILVA Classificação: Endereço:	Idade: 52 ANO(s) CNS:	Sexo: MASCULINO Documento:
-------------	--	--------------------------	-------------------------------

AValiação NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE Avaliação: EQUIPE NO LOCAL INFORMA PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, COM HEMATOMA EM COURO CABELUDO E ESCORIAÇÕES EM MEMBROS PA 140 X 90 MMHG SAT 98 FC 78 GLASGOW DE 15	Data/Hora: 05/06/2019 08:51
-------------	--	-----------------------------

Vítima 1	Profissional: VIVIANE FREITAS Avaliação: SOLICITANTE INFORMA VITIMA CONSCIENTE COM ESCORIAÇÕES	Data/Hora: 05/06/2019 08:15
-------------	---	-----------------------------

AValiação ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	Data/Hora: 05/06/2019 08:52	Situação: F
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGENCIA		
	Profissional: ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	Data/Hora: 05/06/2019 08:52	Situação: F
	Destino: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RIO HUERB		
	Profissional: ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	Data/Hora: 05/06/2019 08:52	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		

Vítima 1	Profissional: ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	Data/Hora: 05/06/2019 08:51	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO		
	Profissional: ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	Data/Hora: 05/06/2019 08:51	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	Data/Hora: 05/06/2019 08:51	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO ATILA SILVA DA CRUZ e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 11/10/2019 às 16:31, sob o número 06060631120198010070. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0606063-11.2019.8.01.0070 e código 23BFD54.

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USB 03 RBO	Data/Hora Envio Equipe: 05/06/2019 08:16
	Dt./Hr. Saída Base: 05/06/2019 08:16	Dt./Hr. Chegada Local: 05/06/2019 08:29
	Dt./Hr. Saída Local: 05/06/2019 08:49	Dt./Hr. Chegada Destino: 05/06/2019 09:02
	Dt./Hr. Saída Destino: 05/06/2019 09:10	Dt./Hr. Chegada Base: 05/06/2019 11:50

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuada pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
LUCINEIDE OLIVEIRA PEREIRA	05/06/2019 08:13		LUCINEIDE OLIVEIRA PEREIRA
LUCINEIDE OLIVEIRA PEREIRA	05/06/2019 08:14	LUCINEIDE OLIVEIRA PEREIRA	EM FILA
VIVIANE FREITAS	05/06/2019 08:14	VIVIANE FREITAS	EM FILA
VIVIANE FREITAS	05/06/2019 08:15	VIVIANE FREITAS	EM FILA
ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	05/06/2019 08:52	ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	EM FILA
ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	05/06/2019 09:08	ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	EM FILA



ALERGIAS MED.:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER

() CLÍNICO
() ODONTO
() PED

CLASSIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE					IDADE		
QUEIXA PRINCIPAL					COMORBIDADES:		
FLUXOGRAMA							
DISCRIMINADOR					Peso:		
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O2:	%
	ESCALA DE DOR () 10 () 8-9 () 7 () 5-6 () 1-4 () 0				Pulso: bpm Glicemia: mg/dL Glasgow: Alterado () Não alterado ()		
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	HORÁRIO DA CR:			() DESISTÊNCIA () EVASÃO		HORÁRIO:	
			Tempo máximo: 3 minutos		Assinatura:		
RECLASSIFICAÇÃO							

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às ____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

- ☐ Medicação Via Oral – VO, com ____ ml de água potável;
- ☐ Medicação Intramuscular – IM, local: _____;
- ☐ Medicação Endovenosa – EV, puncionado em () MSE () MSD, local: _____
com () Jelco nº: ____ () Scalp nº: ____
- ☐ Medicação sublingual;
- ☐ Medicação subcutânea, local: _____
- ☐ NBZ: _____

Anotações/Intercorrências:

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

Às ____:

*ortopedia apresentando história de acidente de trânsito reles
do m. flexor do antebraço esquerdo
com dor no ombro esquerdo após
o acidente. Bulvar do Arp*

*Dr. Leonardo Contreras Z.
CRM 584 - AC
3 - Traumatologia*

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO ATILA SILVA DA CRUZ e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 11/10/2019 às 16:31, sob o número 06060631120198010070. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0606063-11.2019.8.01.0070 e código 23BFD58.



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Novo Acre

UNIDADE:

UNIDADE: _____
NOME: Clayton Barbosa 53

OBSERVAÇÃO

LEITO: 73

[illegible]



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB

NOME: Celso Manoel da Silva Batista

IDADE: 53 ANOS 05/06/19
09:40h

RELATÓRIO ABDOMINAL

Fígado: Normal

Vesícula Biliar: Normal

Pâncreas: Normal

Rins: Normais

Aorta: Normal

Baço: Normal

Bexiga: Normal

Conclusão: Sem alterações em 05/06/19

Sem alterações em 05/06/19 / Sem alterações em 05/06/19

**SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL**

869

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Acre 20

SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SADI

Nome: MONTEIRO BIRLICH Idade: Sexo: Registro:
 Setor: ☐ PSE ☐ RSI ☐ OCA ☐ CCE ☐ CNA ☐ CHS ☐ CC ☐ UTI

☐ RSG ☐ USC ☐ UCG ☐ Ecocardiograma ☐ EDA

Indicação:

Hipótese Diagnóstica:

Indicação: R, Ombro EJO AP+P+Axilar

Data: Assinatura do Profissional Concorrente: Assinatura do Solicitante:

Observações:

Transfere-se para o
CRM 161.161.161
CRM 161.161.161

 ESTADO DO ACRE
 SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
 DEPARTAMENTO DA POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
 INSTITUTO MÉDICO LEGAL

Protocolo Nº 02.0826.07.19

Página 1 de 1

LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO (LESÃO CORPORAL)

Aos 24 de julho de 2019, nesta cidade de Rio Branco, pelas 15hs00min, no Instituto Médico-Legal do Estado do Acre, presente o **Dr. Alexandre Barone Oliveira**, perito médico-legista, abaixo-assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto Médico-Legal, Alexandre Baroni Oliveira, de acordo com o disposto nos artigos 159 e 178 do Código de Processo Penal, para realizarem o exame pericial em **CELSO MANOEL DA SILVA BATISTA**, a fim de ser atendido à Guia de Exame de Corpo de Delito Nº S/N , de 24/07/2019 assinado pela Dr.(a) Rafael Marcos Costa Pimentel do(a) Delegacia de Polícia Civil – 2ª REGIONAL, de descrevendo, com verdade e com todas as circunstância, o que encontrar, descobrir e observar, bem assim, para responder aos seguintes quesitos: 1º - Houve ofensa à integridade corporal ou à saúde do(a) periciando(a)? 2º - Qual instrumento ou meio que a produziu? 3º - A ofensa foi produzida com emprego de veneno, fogo, explosivo, tortura ou outro meio insidioso ou cruel? 4º - Resultou perigo de vida, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias, debilidade permanente de membro, sentido ou função, ou aceleração de parto? (resposta especificada); 5º - Resultou incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função, ou deformidade permanente, ou aborto? (resposta especificada). Em consequência, passou o perito a fazer os exames e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declarou o seguinte: Exame pericial realizado em **CELSO MANOEL DA SILVA BATISTA**, sexo masculino, nascido(a) em 17/02/1966, natural de Rio Branco, Acre, profissão carpinteiro, RG nº 142942 SSP/AC, filho(a) de Celso Alves Batista e de Floripes Leonice da Silva, residente no(a) Rua Geraldo Leite, Nº 28 Qd 03 A Bairro Cidade do Povo, Rio Branco/Acre.

HISTÓRICO:

Relata o periciando ter sido vítima de acidente de trânsito no dia 05/06/2019 por volta das 08 horas. Foi atendido no HUEB, onde foi diagnosticada uma fratura na mão direita. Permaneceu com mobilização gessada por 45 dias.

DESCRIÇÃO:

Ao exame físico constatou o perito cicatrizes na região parietal esquerda, orbital direita, no dorso da mão direita e nos joelhos direitos esquerdo. Ausência de limitação funcional na mão direita.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO:

Exame radiográfico do dia 05/06/19 evidencia fratura alinhada do 4º metacarpo da mão direita. Foi diagnosticado traumatismo cranioencefálico sem intercorrências.

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

Findo o exame pericial, passou o perito a responder aos quesitos de lei:

Ao 1º: **Sim;**

Ao 2º: **Ação Contundente;**

Ao 3º: **Prejudicado;**

Ao 4º: **Sim, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias, a contar da data do fato em apuração;**

Ao 5º: **Não.**

Nada mais havendo, lido e achado conforme, foi encerrado o presente relatório que vai devidamente assinado pelo médico legista.


 Dr(a) Alexandre Baroni Oliveira
 Perito Médico-Legista
 CRM/AC-1140

Conferido e digitado por: Luécia Carvalho



IML/AC

telefones: (68) 3223-8553 / 3224-1350 / 3224-3412 / 3244-1300
 Antônio da Rocha Viana, nº. 1248, Rio Branco/AC – CEP: 69918-308





RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: CELSO MENEZES DA SILVA BATISTA

LAUDO:

O Sr. Supracitado sofreu
Fratura do 4º metacarpiano dia
05/06/2019. Adotado tratamento
conservador. Paciente obteve
boa evolução com consolidação
óssea sem limitação funcional

cro: 562

Francisley C. Freitas
Ortopedista
CRM/AC 751 RQE 294

Rio Branco - Ac, 24.07.2019

CARIMBO e ASSINATURA

BR 364 KM 02 Distrito Industrial fone: (068) 3226-4883 - Cap: 69914-220 - Rio Branco - Acre
e-mail: clrc@clinica.fundhacre@ac.gov.br

Eletrobras
Distribuição Acre

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.065.033/0001-70 | Ins. Estadual: 01.004.141/001-46
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Única

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0033046-9

Nº da Nota Fiscal 004723664

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS
JUNHO/2019
VENCIMENTO
11/06/2019

FLORIPES LEONICE DA SILVA
AV EDMUNDO PINTO 224 CONJ. OSCAR PASSOS
CPF: 00044397895287
CEP: 69.901-640 - RIO BRANCO

DADOS DA LEITURA
Atual: 112
Anterior: 22330
Constante de Multiplicação: 22218
Consumo Medido: 1,000
Consumo Faturado: 112
Forma de Faturamento: NORMAL

ROT: 2.001.02.03.000920

DATAS DA LEITURA
Atual: 04/06/2019
Anterior: 06/05/2019
Próxima Leitura: 04/07/2019
Emissão: 03/06/2019
Apuração: 04/06/2019

Classe/Subclasse
RESIDENCIAL
Código de Irregularidade: FCAM

HISTÓRICO kWh	Mês/ano consumo
MAI/19	137
ABR/19	118
MAR/19	99
FEV/19	114
JAN/19	105
DEZ/18	108
NOV/18	156
OUT/18	152
SET/18	130
AGO/18	114

CONSUMO CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA
112 A R\$ 0,749554 = 83,95
0,96 4,07

LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28
Parabéns! Até o dia 03/06/2019, não constatarão faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	26,36	Base de Cálculo:	83,95	Aliquota ICMS:	16,00%
Energia:	31,32	Valor do ICMS:	13,43	Valor do PIS:	0,46
Transmissão:	0,82	Valor do COFINS:	2,14		
Encargos:	9,42				
Tributos:	16,03				

INDICADORES DE CONTINUIDADE										Valor do CPM:	
Limite	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	10,00%	
Realizado	6,27	12,54	25,08	3,92	7,85	15,70	3,71	7,42	14,84	13,43	
Conjunta	0,69			2,00			0,44			0,46	
SAO FRANCISCO										2,14	
ROT: 2.001.02.03.000920											

SAO FRANCISCO
ROT: 2.001.02.03.000920

Roberto Abdalla Barbary
CONFERE COM
O ORIGINAL

Eletrobras
Distribuição Acre
COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.065.033/0001-70 | Ins. Estadual: 01.004.141/001-46

SEU CÓDIGO
0033046-9
MÊS FATURADO
06/2019
Nº da Nota Fiscal: 004723664
TOTAL A PAGAR - R\$
88,02
VENCIMENTO
11/06/2019
FCAM

836800000000 9 88020045000 0 00000000033 1 04690619008 0

COMPREV - VIDEANCIA S/A
01 JUN 2019
PROTOCOLO
AGROBRASIL



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, AILTON DA SILVA BATISTA
RG nº 120203300-5, data de expedição 27/07/2017
Órgão PMAC, portador do CPF nº 465.746.622-49
com domicílio na cidade de RIO BRANCO, no Estado de ACRE
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) AV: EDMUNDO PINTO / CJ: OSCAR PASSOS, nº 224
complemento SÃO FÉ, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
CELSON MANOEL DA SILVA BATISTA, cujo o condutor era
CELSON MANOEL DA SILVA BATISTA
Veículo: FACTOR Modelo: YAMAHA/FACTOR YBR125K Ano: 2012/2012
Placa: NAB 6554 Chassi: 9C6KE1520C0109145
Data do Acidente: 05/06/2019

Local e Data: RIO BRANCO 04/07/2019

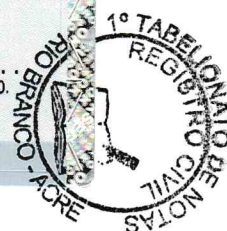
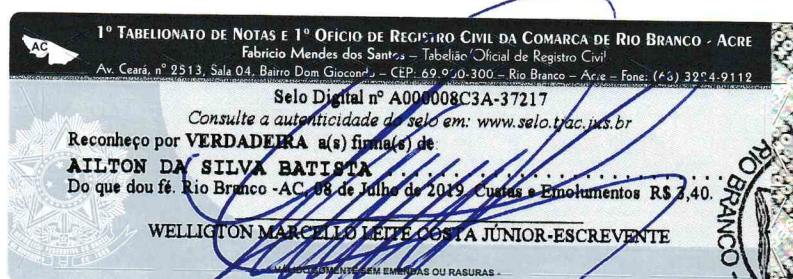
Ailton da Silva Batista

Assinatura do Declarante

Celson Manoel da Silva Batista

Assinatura do Condutor

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC Nº 014378862826

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 Cód. RENAVAM 00477233503 EXERCÍCIO 2019

Nome: AILTON DA SILVA BATISTA

CPF/CNPJ 465.746.622-49

Placa ANT/UF NAB6554 AC

Chassi 9C6KE1520C0109145

Placa NAB6554

Placa ANT/UF NAB6554 AC

Chassi 9C6KE1520C0109145

Placa NAB6554

Placa ANT/UF NAB6554 AC

Chassi 9C6KE1520C0109145

Placa NAB6554

Placa ANT/UF NAB6554 AC

Chassi 9C6KE1520C0109145

Placa NAB6554

Placa ANT/UF NAB6554 AC

DETRAN

CONTRIM

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

AC Nº 014378862826 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 23/05/2019

CPF/CNPJ 465.746.622-49

PLACA NAB6554

RENAVAM 00477233503

MANCA / MODELO YAMAHA/FACTOR YBR125 K

ANO FAB. 2012

DATA TIRE 9

Nº CHASSI 9C6KE1520C0109145

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) R\$36.05

DEMATRAN (R\$) R\$4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15

IOF (R\$) R\$0.32

TOTAL A SER PAGO DO BILHETE (R\$) R\$84.58

DATA DE QUITAÇÃO 20/05/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.808/0001-04

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0261698/19

Vítima: CELSO MANOEL DA SILVA BATISTA

CPF: 216.224.262-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/06/2019

Titular do CPF: CELSO MANOEL DA SILVA
BATISTA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CELSO MANOEL DA SILVA BATISTA : 216.224.262-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/08/2019
Nome: CELSO MANOEL DA SILVA BATISTA
CPF: 216.224.262-15

CELSO MANOEL DA SILVA BATISTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/08/2019
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

 Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

 2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 216.224.262-15 4 - Nome completo da vítima: Celso Manoel da Silva Batista
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

 5 - Nome completo: Celso Manoel da Silva Batista 6 - CPF: 216.224.262-15
 7 - Profissão: carpinteiro 8 - Endereço: Av. Edmundo Pinto 9 - Número: 224 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: q. Orelas Laranjeira 12 - Cidade: Vie Biance 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.901-640
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 6898418-1545
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

 17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

 AGÊNCIA: 3022 8 CONTA: 310057110 8
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - 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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)