

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190554811 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO BATISTA MEDEIROS DA COSTA **Data do acidente:** 21/06/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FÍBULA PROXIMAL ESQUERDA

Descrição do exame físico: EVOLUI COM DEFORMIDADE NA FACE LATERAL DO JOELHO ESQUERDO, AUMENTO DO VOLUME DO JOELHO ESQUERDO. HIPOTROFIA DO QUADRÍCEPS ESQUERDO, LIMITAÇÃO FUNCIONAL NA FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO E REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR
SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/10/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM JOELHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190554811
Nome do(a) Examinado(a): Joao Batista Medeiros da Costa
Endereço do(a) Examinado(a): Rm Garapeira, 876 Casa
Santa Maria Santa Maria AC CEP: 69906-432
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / AC] 201042
Data local do acidente: [21/06/2019]
Data local do exame: [09/10/2019] RIO BRANCO [AC]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE FÍBULA PROXIMAL ESQUERDA

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

Tratamento: CONSERVADOR

Complicações: NÃO HOUVE.

Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS

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

EVOLUI COM DEFORMIDADE NA FACE LATERAL DO JOELHO ESQUERDO, AUMENTO DO VOLUME DO JOELHO ESQUERDO. HIPOTROFIA DO QUADRÍCEPS ESQUERDO, LIMITAÇÃO FUNCIONAL NA FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO E REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO FUNCIONAL NA FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO E REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dra. Beisabeth Sanchez Perez
CRM-AC 2140

Dra. Beisabeth Sanchez Perez
CPF - 066.102.151-38
CRM/AC - 2140



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

782.553.762-91

Nome

ANTONIO JOSE SANTIAGO DA COSTA

Nascimento

25/04/1984



COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 228 - Bosque - Rio Branco - AC
CEP: 04.085-033/0001-70 | Tel.: (66) 3141-0071-08
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Única

Nº da Nota Fiscal 004979888

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	04/07/2019	75	48,56

RAIMUNDO MONTEIRO DA SILVA
RM GARAPEIRA 876 SANTA MARIA
CPF: 00050808400215
CEP: 69.909-710 - RIO BRANCO

ROT: 38.001.38.01.002520

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	8070	Atual:	28/06/2019
Anterior:	7995	Anterior:	29/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	26/07/2019
Consumo Medido:	75	Emissão:	26/06/2019
Consumo Faturado:	75	Apresentação:	28/06/2019

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

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fec.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	7198615		1.1.1.1	37

HISTÓRICO DE WH		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
MAR/19	59	CONSUMO 75 A R\$ 0,617604 =	46,32
ABR/19	66	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	2,24
MAR/19	60	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,04
FEV/19	83		
JAN/19	106		
DEZ/18	60		
NOV/18	119		
OUT/18	103		
SET/18	142		
AGO/18	98		
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 75 - 0,58459			

REMARKS IMPORTANTES / REVISÃO DE VENCIMENTO

Parabéns! Até o dia 26/06/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 7160 7738 8E0A E616 9184 117E 2E7B 0A2F

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/DEBITOS - R\$	
Distribuição:	17,43	Base de Cálculo:	
Energia:	20,70	Alíquota ICMS:	
Transmissão:	0,54	Valor do ICMS:	
Encargos:	6,22	Valor do PIS:	0,55%
Tributos:	1,43	Valor do COFINS:	2,55%

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DSC			FIC			DSC	DSCB	
	Plano	Trimestral	Anual	Plano	Trimestral	Anual	Plano	Plano	
Unidade	11,72	23,44	46,89	5,54	11,09	22,18	6,05		
Bandeira	3,63			3,00			1,65		
Consumo	TAQUARI						Período de apuração	04/2019	R\$
								24,50	

INVESTPREV

27 SET 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190554811 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO BATISTA MEDEIROS DA COSTA **Data do acidente:** 21/06/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FÍBULA PROXIMAL ESQUERDA

Descrição do exame físico: EVOLUI COM DEFORMIDADE NA FACE LATERAL DO JOELHO ESQUERDO, AUMENTO DO VOLUME DO JOELHO ESQUERDO. HIPOTROFIA DO QUADRÍCEPS ESQUERDO, LIMITAÇÃO FUNCIONAL NA FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO E REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR
SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/10/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM JOELHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190554811 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO BATISTA MEDEIROS DA COSTA **Data do acidente:** 21/06/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P2)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO ANTERIOR NEGADO SEM SEQUELA.

(@ PÁG 1) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190554811 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO BATISTA MEDEIROS DA COSTA **Data do acidente:** 21/06/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P2)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO ANTERIOR NEGADO SEM SEQUELA.

(@ PÁG 1) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190554811

Vítima: JOAO BATISTA MEDEIROS DA COSTA

Data do Acidente: 21/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO BATISTA MEDEIROS DA COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190554811

Vítima: JOAO BATISTA MEDEIROS DA COSTA

Data do Acidente: 21/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANA GOMES SOUZA

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOAO BATISTA MEDEIROS DA COSTA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190554811

Vítima: JOAO BATISTA MEDEIROS DA COSTA

Data do Acidente: 21/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANA GOMES SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO BATISTA MEDEIROS DA COSTA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JOAO BATISTA MEDEIROS DA COSTA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 534

Conta: 00000127624-2

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 434.985.152-68 Nome completo da vítima: João Batista Medeiros da Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÃO CADASTRAL (EFAVAD) - DADOS CADASTRAIS (NOME, ENDEREÇO, CIDADE, ESTADO, CEP, DATA DE NASCIMENTO) - (OBRIGATORIO PARA INVALIDEZ PERMANENTE)

Nome completo: João Batista Medeiros da Costa Nº: 434.985.152-68

Profissão: Autônomo Endereço: Ramal Garapeira Número: 876 Complemento: Lata

Bairro: Santa Maria Cidade: Rio Branco Estado: AC CEP: 69.909-710

Sinal: _____ Tel (DDD): 68/99973-2060

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

DADOS CADASTRAIS

RENDAMENTO MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS (OBRIGATORIO PARA INVALIDEZ PERMANENTE E MORTE)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0534 03 CONTA: 127624 2

(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 Lider 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.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL (IML) 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 Lider 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 UNICOS BENEFICIÁRIOS (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE)

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 possibilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Rio Branco AC 23/08/2019

Nome: Antônio José Santiago da Costa

CPF: 442.5403.762-99

Antônio José Santiago da Costa

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Maria Raimunda Silva Santiago

CPF: 622.905.252-00

Maria Raimunda Silva Santiago

Assinatura

2ª Nome: Francisca Gomes Souza

CPF: 944.979.510-49

Francisca Gomes Souza

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Duciana Gomes Souza

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

INVESTPREV

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário A ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

27 SET 2019



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

OFF-LINE

OCORRÊNCIA Nº 1274/2019

Registrado em: 20/08/2019, às 07h30min

ACIDENTE DE TRANSITO

Data/Hora do Fato: 21/06/2019, às 17h53min

Município: RIO BRANCO-AC
Endereço: RODOVIA AC 40 N° 7655
Bairro: SANTA MARIA
Referência: PRÓXIMO A ENTRADA DO RAMAL DO BARROSO

Estado: AC
CEP:
Tipo de Local: VIA PUBLICA

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA

Nome: **JOÃO BATISTA MEDEIROS DA COSTA**

Filiação: RAIMUNDA ALVES MEDEIROS E RAIMUNDO GOMES DA COSTA

Dados Pessoais:

RG: 201042 SSP/AC

CPF: 434.985.152-68

Data de Nascimento: 01/04/1949

Natural: CANINDÉ-CE

Endereço: RAMAL DA GARAPEIRA, 876

BAIRRO: SANTA MARIA

TELEFONE: 99953-8127

ENVOLVIMENTO: AUTOR

Nome: **RAIMUNDO FRANCISCO DE SOUZA**

Data de nascimento: 29/03/1961

Endereço: RAMAL DA SAFRA n° 126714

HISTÓRICO

O COMUNICANTE VEIO A ESTA REGIONAL INFORMAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA, ESTAVA TRAFEGANDO EM SUA BICICLETA VERMELHA DO TIPO CARGUEIRA QUANDO O AUTOR QUE TRAFEGAVA EM UMA MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN DE PLACA NAE 7210 COLIDIU COM A VÍTIMA QUE FOI ENCAMINHADA AO PRONTO SOCORRO DE RIO BRANCO PELO SAMU DESACORDADO E COM LESÕES GRAVES. DIANTE DOS FATOS PEDE PROVIDÊNCIAS.

JARLEN ALEXANDRE MARTINS RODRIGUES
Delegado de Polícia
Mat. 91.314

FRANCISCO LEANDRO COSTA
Agente de Polícia Civil

JOÃO BATISTA MEDEIROS DA COSTA
Comunicante

INVESTPREV

27 SET 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 434.985.152-68 Nome completo da vítima: João Batista Medeiros da Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÃO CADASTRAL (EFAVAD) - DADOS CADASTRAIS (NOME, ENDEREÇO, CIDADE, ESTADO, CEP, DATA DE NASCIMENTO, SEXO, RACIA, COLORE, DATA DE NASCIMENTO, SEXO, RACIA, COLORE)

Nome completo: João Batista Medeiros da Costa Nº: 434.985.152-68

Profissão: Autônomo Endereço: Ramal Garapeira Número: 876 Complemento: Lata

Bairro: Santa Maria Cidade: Rio Branco Estado: AC CEP: 69.909-710

Sinal: _____ Tel (DDD): 68/99973-2060

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

DADOS CADASTRAIS

RENDAMENTO MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS (BENEFICIÁRIO) - NOME, AVULSO, ASSINATURA, DATA DE ASSINATURA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0534 03 CONTA: 127624 2

(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 Lider 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.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL (IML) 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 Lider 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 BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 possibilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Rio Branco AC 23/08/2019

Nome: Antônio José Santiago da Costa

CPF: 442.5403.762-99

Antônio José Santiago da Costa

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Maria Raimunda Silva Santiago

CPF: 622.905.252-00

Maria Raimunda Silva Santiago

Assinatura

2ª Nome: Francisca Gomes Souza

CPF: 944.979.510-49

Francisca Gomes Souza

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Duciana Gomes Souza

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

INVESTPREV

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário A ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

27 SET 2019

DETRAN
ACRE

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

Novo Acre

Governo estadual, para o desenvolvimento

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

0021143

NÚMERO FOLHA

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

Rodovia AC 40 - Nº 7655

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

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

PRÓX. ENTRADA DO RAMAL DO BARROSO

06 HORA DA OCORRÊNCIA

14:53

07 ZONA RURAL / URBANA

☐ RURAL ☒ URBANA

08 DATA

12/10/2019

09 DIA DA SEMANA

SEXTA

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 Nº DE VEÍCULOS

2

15 Nº DE VÍTIMAS

2

SEM VÍTIMAS ☐
COM VÍTIMAS ☒

VEÍCULO / CONDUTOR

RAIMUNDO FRANCISCO DE SOUZA

17 SEXO

M

18 NASCIMENTO

29/03/61

19 ENDEREÇO

RAMAL DA SAFRA - Nº 126714

20 1ª HABILITAÇÃO

26/04/1990

21 CATEGORIA

AC

22 PRONTUÁRIO

05120099601

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

HONDA / CG 125 FAN

28 ESPÉCIE

PAS / MOTOC.

29 PLACA

MAE7210

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

RAIMUNDA ANTONIA BRASIL DE LIMA

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

9C2 JCH 120 BR500 117

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐ NÃO ☒

36 AVARIAS

LATERAL ESQUERDA

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

CENTRO / BAIRRO

40 AÇÃO DO CONDUTOR

CONDUZIDO AO PS pelo SAMU

37 CARRO



39 MOTO



41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

BAF

VEÍCULO / CONDUTOR

42 NOME CONDUTOR

JOAO BATISTA MEDEIROS DA COSTA

43 SEXO

M

44 NASCIMENTO

10/10/4191

45 ENDEREÇO

RAMAL DA GARAPEIRA - SANTA MARIA

TEL. 999538127

46 1ª HABILITAÇÃO

47 CATEGORIA

48 PRONTUÁRIO

49 UF

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

WRP (VERMELHA)

54 ESPÉCIE

55 PLACA

56 MUNICÍPIO

57 UF

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐ NÃO ☐

62 AVARIAS

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

CENTRO / BAIRRO

66 AÇÃO DO CONDUTOR

CONDUZIDO AO PS pelo SAMU

63 CARRO



65 MOTO



67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

BAF

TESTEMUNHAS

68 NOME

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

Coordenadas

CONFERE COM O ORIGINAL

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

EM: 13/09/19

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

INVESTPREV

27 SET 2019

Scanned with CamScanner

VÍTIMAS	82 NOME	RAIMUNDO FRANCISCO DE SOUZA			83 SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	84 NASCIMENTO	12/10/36/11
	85 ENDEREÇO	MESMO DO CONDUTOR DO V1			86 FERIMENTOS	LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input checked="" type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº	1
	88 USAVA CINTO						SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	
	89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA	CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> PASSAG <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/>			90 CONDUZIDA PARA PS PELO SAMU			
VÍTIMAS	91 NOME	JUAO BATISTA MEDEIROS DA COSTA			92 SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	93 NASCIMENTO	10/10/41/91
	94 ENDEREÇO	MESMO DO CONDUTOR DO V2			95 FERIMENTOS	LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input checked="" type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	96 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº	2
	97 USAVA CINTO						SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	
	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA	CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> PASSAG <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/>			99 CONDUZIDA PARA PS PELO SAMU			

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

CONFETIÇÃO ORIGINAL

EM: 13/08/19

Raiza Costa

Coord.

10

10

Raiza Costa

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

INFORMO QUE AMBOS OS VEÍCULOS TRANSITAVAM NO SENTIDO CENTRO/BAIRRO, MAS NÃO FOI INFORMADO MAIOR DETALHAMENTO SOBRE COMO OCORREU O ACIDENTE, QUE O V2 SE TRATA DE UMA BICICLETA VERMELHA DA MARCA WRP DO TIPO CARGUEIRA E FOI ENTREGUE À EDNA AGUIAR BATISTA, QUE AMBOS OS CONDUTORES FORAM CONDUZIDOS AO PS PELO SAMU, QUE A PERÍCIA FOI REALIZADA PELA POLÍCIA TÉCNICA.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA	V1	103 MOTORISTA	V2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO
105 NOME	RAIMUNDO	106 NOME	JOAO	107 NOME / RG
				TONYS/3941-0
108 ASSINATURA	IMPOSSIBILITADO	109 ASSINATURA	IMPOSSIBILITADO	110 ASSINATURA
				TONYS DA SILVA
111 LOCAL	RIO BRANCO - AC			112 DATA
				21/06/19

INVESTPREV

27 SET 2019

Scanned with CamScanner

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: 16/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO BATISTA MEDEIROS DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000127624-2

Nr. da Autenticação 39E3B46B8A377E3F

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 228 - Bosque - Rio Branco - AC
CEP: 04085-033/0001-70 | Ins. Estadual: 01.004.741/001-08
Nota Fiscal / Contra de Energia Elétrica - Série Única

Nº da Nota Fiscal 004979888

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	04/07/2019	75	48,56

RAIMUNDO MONTEIRO DA SILVA
RM GARAPEIRA 876 SANTA MARIA
CPF: 00050808400215
CEP: 69.909-710 - RIO BRANCO

ROT: 38.001.38.01.002520

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	8070	Atual:	28/06/2019
Anterior:	7995	Anterior:	29/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	26/07/2019
Consumo Medido:	75	Emissão:	26/06/2019
Consumo Faturado:	75	Apresentação:	28/06/2019

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

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Class/Subclass	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fec.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	7198615		1.1.1.1	37

HISTÓRICO DE WH		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
MAR/19	59	CONSUMO 75 A R\$ 0,617604 =	46,32
ABR/19	66	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	2,24
MAR/19	60	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,04	
FEV/19	83		
JAN/19	106		
DEZ/18	60		
NOV/18	119		
OUT/18	103		
SET/18	142		
AGO/18	98		
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 75 - 0,617604			

REMARKS IMPORTANTES / REVISÃO DE VENCIMENTO

Parabéns! Até o dia 26/06/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 7160 7738 8E0A E615 9154 117E 2E73 0A2F

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/DEBITOS - R\$	
Distribuição:	17,43	Base de Cálculo:	
Energia:	20,70	Alíquota ICMS:	
Transmissão:	0,54	Valor do ICMS:	
Encargos:	6,22	Valor do PIS:	0,55%
Tributos:	1,43	Valor do COFINS:	2,55%
			0,25
			1,14

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DICC		DICI	
	Plano	Trimestral	Anual	Plano	Trimestral	Anual	Plano	Trimestral	Plano	Trimestral
Unidade	11,72	23,44	46,89	5,54	11,09	22,18	6,05			
Bandeira	3,63			3,00			1,65			
Consumo										

TAQUARI

04/2019

24,50

INVESTPREV

27 SET 2019

Av. Brasil, 381 - Centro
CEP 69900-100 - Rio Branco - AC
CNPJ Matríz: 76.535.764/0001-43
CNPJ 76.535.764/0327-70 I.E. 01.006.885/001-50

LUCIANA GOMES SOUZA
R JOAO MAURICIO DA CUNHA 00123 QD1
RAIMUNDO MELO
69921-010 RIO BRANCO - AC

OI, LUCIANA.

Só na Oi você tem Móvel Banda Larga, Fio, DDO e muito mais.
E você só tem a ganhar: você aproveita todos os seus benefícios como
cliente Oi e, em breve, muitas novidades ainda vêm por aí.

Quer saber mais? Acesse www.oi.com.br ou ligue pra 102 14.

COMUNICADO IMPORTANTE: Agora você tem um site completo para
resolver sua vida online. Gráficos de consumo, 2ª via de contas, ofertas e
muito mais. Acesse www.oi.com.br e confira a Minha Oi!

Referência

AGOSTO/2019

Telefone

68 3228 4112

Vencimento

09/08/2019

Total a pagar

R\$ 61,10

Resumo da sua fatura



OI FIXO

OI FIXO

PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL

SERVICOS DIGITAIS

R\$ 15,90

15,90



OI VELOX

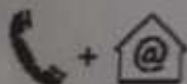
OFERTA VELOX E SERVICOS DE BANDA LARGA

ASSINATURA VELOX

OI LEITURA

R\$ 41,69

41,69



EXCEDENTES, OUTROS SERVICOS E TAXAS ...

OUTROS VALORES

R\$ 3,51

3,51

INVESTPREV

27 SET 2019

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DQCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Luciana Gomes Souza Inscrito (a) no CPF/CNPJ 719.481.712, 89
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Batista Medeiros da Costa Inscrito
(a) no CPF sob o Nº 434.985.152 68 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
João Batista Medeiros da Costa Inscrito (a) no CPF sob o Nº 435.985.152 068, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>R- João Mauricio da Cunha</u>		Número	<u>123</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Raimundo Melo</u>	Cidade	<u>Rio Branco</u>	Estado	<u>Ac</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>68/99973-1060</u>		

2º Tabelionato
de Rio Branco-AC

Rio Branco-AC 20 de Agosto de 2019
Local e Data

Luciana Gomes Souza
Assinatura do Declarante

INVESTPREV

27 SET 2019

RECEITUÁRIO

PACIENTE INONO

JOÃO BATISTA MODEIRAS DA COSTA sofreu acidente traumático no dia 21/06/2019 apresentando fratura de fíbula proximal esquerda, sendo submetido a tratamento conservador.


Evitar em repouso em uma posição lateral do joelho (E), aumento de volume do joelho (E), hipertrofia do tendão do joelho (E) limitação funcional (flexão-extensão) joelho e redução da força muscular do membro.

Portanto, é portador de sequelas definitivas no MLE em 25% e de alta médica.

INVESTPREV

27 SET 2019

DATA 19.9.19


José L. Silverio C.
Médico Ortopedista
CRM 123456
ASSINATURA DO MÉDICO

EXTERNA

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2650086 DATA: 21/06/2019 HORA: 19:13 USUARIO: CONCEICAO
CNS: 700505537085054 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME : JOAO BATISTA MEDEIROS DA COSTA DOC...: RG.201042
IDADE.....: 70 ANOS NASC: 01/04/1949 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: ROD. AC 40 KM 11 - RAMAL DA GARAPEIRA NUMERO:
COMPLEMENTO.....: BAIRRO: SANTA MARIA
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: 69900-000
NOME PAI/MAE...: RAIMUNDO GOMES DA COSTA /RAIMUNDA ALVES DE MEDEIROS
RESPONSAVEL....: FILHA-FRANCISCA SANTIAGO DA COSTA TEL....: 99981-8008
PROCEDENCIA...: SANTA MARIA
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL..: SIM PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[] 87 X[] 04 mmHg[] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[94] SPO2[91]
EXAM.COMPL.[] RAIO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGRAFIA
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 1/1
Paciente com lesão no tornozelo direito, com hematoma e dor no local. O paciente refere dor no local. O paciente refere dor no local. O paciente refere dor no local.
OBS. ENFERMAGEM CLASSIF. RISCO: [] VERDE [] AMARELO [] VERMELHO [] AZUL
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] ECEP DNF 25/25
DIAGNOSTICO: Lesão do tornozelo direito com hematoma e dor CID: S80.0

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO
1. D. Paracetamol 1TC
2. D. SGL 200mg, EV
3. D. Ceftriaxona 2g, EV
4. D. Clonidina 4mg, EV
500
NT
19/25

DATA DA SAIDA: 1/1 HORA DA SAIDA: :
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.
19/25

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO
1. FAST + Ra plastrum + MIE + TCE + RVD
2. Dr. Handerson + Dr. atopedra
3. Auto med.: Alta PT acomp. ambulatório
Dr. Marcos Daniel Xavier
Cirurgião Geral
CRM-AC-1907
Paulo Fernando Stürmer
Ortopedia e Traumatologia
Médico CRM 455 AC

CLASSIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE			IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL	22 = 4dr <u>nausea</u>		COMORBIDADES:	
FLUXOGRAMA				
DISCRIMINADOR	Parte GCS 14/15		Peso:	
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	
	Temp:		°C	
	Sat. O2:		%	
	Pulso:		bpm	
	Glicemia:		mg/dL	
	ESCALA DE DOR			
CLASSIFICADOR	HORÁRIO DA CH:		DESISTÊNCIA	
	Tempo máximo: 3 minutos		EVASÃO	
RECLASSIFICAÇÃO	Assinatura:		HORÁRIO:	

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às ____:____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

- ☐ Medicação Via Oral - VO, com ____ ml de água potável; *normal*
☐ Medicação Intramuscular - IM, local: *minha*
☐ Medicação Endovenosa - EV, punção em () MSE () MSD, local:
 com () Jelco nº: ____ () Scalp nº: ____ *Pele do abdômen*
☐ Medicação sublingual; *Plexus venos cervical*
☐ Medicação subcutânea, local: *Doz. 10.0 mg (1) - Reiz*
☐ NBZ:

Anotações/Intercorrências:

Buon giorno Antonio Palpatto D. - Pascaletti
PACIFIC. in un discorso a L. T. 1905

ADM. CL. 210 ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA 22-06-19

Ass : c m ALTA 2/10/2017 Serviço de Cirurgia

08h30h mais de alta her
com reculta mística e ou
tações, acompanhamento de
60 alunos em

A 23:00hs Lucianthede 20 - 21 - 22
 Onipedia, para ^{prova} ^{prova} e com data 27/10/19
 22/10/19 A 06:30hs Paciente admitido na obs José Adailton C. Pereira
 do trauma, contusido pelo Dr Aldo, porém o mesmo foi ^{Entomoiro} ^{19/10/19}
 que o setor 30 recebe 6 pacientes
 A 14:13h. admitido neste pronto-socorro (587/1912), transmitido
 ao maior, procedente do spumier de Lucio Owood,
 portado com compressa, até de colise
 motor bacilete, colunata e medula esp. e colunata
 do sacro X, T12 e L5/S6, mantidos na rede
 Cprida acima do PC, - até 1h, -
 carregando até o carro com o mesmo, José Adailton C. Pereira
 Entomoiro



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

NOME: Dout. Barbosa M. Costa

IDADE: _____ ANOS

At 21:30L (21/06/19)

RELATÓRIO ABDOMINAL

Fígado: normal

Vesícula Biliar: normal

Pâncreas: normal

Rins: normal

Aorta: normal

Baço: normal

Bexiga: normal

Conclusão: - Sem alterações visíveis em 1300-P
- Sem alterações visíveis

INVESTPREV
27 SET 2019

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

DR. MEIRE VEGA VASQUEZ
MÉDICO
CRM AC 1245


REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMINIO DE MELO

MAIOR DE 65 ANOS



POLEGAR DIREITO



NÃO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 201.042

DATA DE EXPEDIÇÃO 10/08/2018

NOME JOÃO BATISTA MEDEIROS DA COSTA

FILIAÇÃO RAIMUNDO GOMES DA COSTA

NATURALIDADE RAIMUNDA ALVES DE MEDEIROS

CANINDÉ - CE

DOC. ORIGEM 01/04/1949

CERT. NASC. N 8.644 - LIV. 9 - FLS. 170 - CARTÓRIO SENADOR GUIONARD - AC

434.985.152-68

2 VIA

SANDRO ROBERTO CUNHA RODRIGUES
DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 80

INVESTPREV

27 SET 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

LUCIANA GOMES SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

392192 SSP AC

CPF

719.481.712-87

DATA NASCIMENTO

29/08/1983

FLUXO

MANOEL FRANCISCO

MARTINS DE SOUZA

MARIA LUCIA GOMES DE
SOUZA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

A

Nº REGISTRO

05211680793

VALIDADE

07/01/2021

1ª HABILITAÇÃO

23/05/2011

OBSERVAÇÕES

INVESTPREV

27 SET 2019

Luciana Gomes Souza

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RIO BRANCO - ACRE

DATA EMISSÃO

28/03/2016

Pedro Luis Longo
Pedro Luis Longo
Diretor Geral
Detran / AC

ASSINATURA DO EMISSOR

13780695065

AC406797378

DETRAN - AC (ACRE)

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1220406642

PROIBIDO PLASTIFICAR
1220406642