

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 Vítimas 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: VITIMA NÃO 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 causalidade: 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

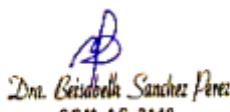
Região Corporal (Sequela):

% 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
CPF - 066.102.151-38
CRM/AC - 2140


Dra. Beisabeth Sanchez Perez
CRM-AC 2140



INVESTPREV

27 SET 2019





COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Mognhès 228 - Boqueirão - Rio Branco - AC
CNPJ 04.065.833/0001-70 | Iucr. Estadual: 01.004.141/007-18
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Única

Pers. credibili cont.
Gittiness. Informa-
zioni NUNICO

SEU CÓDIGO:
0293051-0

WZL der Hochschule Rhein-Waal 084979888

7. Tarifa Social de Energia Elétrica - TSE: fixada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS MENS	VENCIMENTO	CONSUMO (WATT)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	04/07/2019	75	48,56
RAIMUNDO MONTEIRO DA SILVA RM GARAPETRA 876 SANTA MARIA CPF: 00050808400215 CEP: 69.909-710 - RIO BRANCO			
DATA DA LEITURA			ROT: 38.001 38.01.002570
Atual:	8070		Atuat: 28/06/2019
Anterior:	7995		Anterior: 29/05/2019
Consumo da Multiplicador:	1.000		Próxima Leitura: 26/07/2019
Consumo-Média:	75		Emissão: 26/06/2019
Consumo-Faturado:	75	FCAH	Apresentação: 28/06/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código da Irregularidade:	Dias de Consumo: 30
Classe/Subclasse:	Ligação	Número Medidor	Código Fai.
RESIDENCIAL	MONO	7198615	1.1.1.1 37
HISTÓRICO ANO:			DESCRÍPCAO DA CONTA
Mês/Ano consumo:			
HAI/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		
TAXA DE TRIBUTO:			
			R\$ 75 - 0,750459

MENSAGENS IMPORTÂNTES / REAVISO DE VENCIMENTO

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

www.denyadpd.com

2020-2021 学年高二物理上学期期中考试卷(含答案) - 2020.10

7K60 772 B.MEC

13375-2523-0A-21

Distribuição	17,43	Base da Cálculo:
Energie	20,70	Aleatório (CMS)
Transmissão	0,54	Valor do IHS:
Encapsos	6,22	Valor do PES:
Teléfone	1,41	0,55% 0,25
		Valor do COFINS 2,55% 1,14

INDICADORES DE CONTINUIDAD

	DIC			FIC			DIFC		DIFCII	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal		Mensal	
Utiliz.	11,72	23,44	46,89	5,54	11,09	22,18	6,05			
Residuado		3,63			3,00				1,65	
Correção							Período da apuração:			
	TAQUARI			04/2019			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

Valorização 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

Valorização 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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: INTERRUPÇÃO 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, retorno 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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	434.985.152-68	João Batista Medeiros da Costa	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES DA VÍTIMA (NOME, ENDEREÇO, CÓDIGO DA CIDADE, NÚMERO DO CELULAR)			
Nome completo:	João Batista Medeiros da Costa		CPF:
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Autônomo	Ramal Garapeira	876	Tala
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Santa Maria	Rio Branco	Acre	69.909-710
E-mail:	Tel. (DD): (68) 9993-2060		

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0534 (13) CONTA: 124624 (9) (informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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.

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.

MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:		
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 responsabilidade 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: 782.593.762-99
Assinatura: *Antônio José Santiago da Costa*

(* Assinatura de quem assina A RODO)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário A RODO, 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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: *Maria Raimunda Sibá Santiago*
CPF: 612.905.252-00

Maria Raimunda Sibá Santiago
Assinatura

2º | Nome: *França Gomes Souza*
CPF: 644.494.310-44

França Gomes Souza
Assinatura

INVESTPREV

27 SET 2019



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL – SEPC
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DA 2ª REGIONAL – 2º DPCR
ENDEREÇO: CIDADE DO POCO – 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 COUDIU COM A VÍTIMA QUI 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. 91.075

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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	434.985.152-68	João Batista Medeiros da Costa	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES DA VÍTIMA (NOME, ENDEREÇO, CÓDIGO POSTAL, NÚMERO DA RESIDÊNCIA, DATA DE Nascimento, Gênero, RENDIMENTO)			
Nome completo:	João Batista Medeiros da Costa		CPF:
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Autônomo	Ramal Garapeira	876	Tala
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Santa Maria	Rio Branco	Acre	69.909-710
E-mail:	Tel. (DD): (68) 9993-2060		

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:	<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
BANCOS PARA CRÉDITO (CÓPIA DE CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO, ASSINATURA, FOTO DE CARTEIRA DE IDENTIDADE)				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 0534	CONTA: 124624	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)
(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.

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.

MORTE

PERIODO DE VIDA DO BENEFICIÁRIO (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE)

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:			
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
			Vivos	nascido (val nascer)?			pais/avós vivos?		
Falecidos:									

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 responsabilidade 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: 782.593.762-99
 Assinatura: *Antônio José Santiago da Costa*

(* Assinatura de quem assina A RODO)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário A RODO, 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.)

Assinatura: *Lúcia Gomes Souza*

INVESTPREV

27 SET 2019

DETRAN
ACRE

Novo Acre

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

**BOLETIM DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO**

01 NÚMERO BAT

0021143

NÚMERO FOLHA

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DE RODOVIA
Rodovia AC 40 - N° 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
17:53

07 ZONA
RURAL / URBANA

08 DATA

12/10/61 19

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

PARALELEPÍPEDO 5

CASCALHO 7

TERRA 9

AREIA 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA 1

MOLHADO 3

OLESOS 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 VITIMAS

2

SEM VITIMAS
COM VITIMAS

Raimundo Francisco de Souza

17 SEXO

M

18 NASCIMENTO

29/03/61

19 ENDEREÇO

RAMAL DA SAFRA - N° 126714

20 1º 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

NAE7210

30 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

Raimunda Antonia Brasil de Lima

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

9C2 JC4 120 BR500/17

35 COMPARCEU NO POSTO

SIM

NÃO

36 AVARIAS

LATERAL ESQUERDA

PONTOS

37 CARRO



38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

CENTRO/BARRIL

PONTOS

38 MOTO



40 AÇÃO DO CONDUTOR

CONDUTIZIDO AO PS PELO SAMU

PONTOS

41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM NÃO

BAF

42 NOME CONDUTOR

JOAO BATISTA MEDEIROS DA COSTA

43 SEXO

M

44 NASCIMENTO

10/10/1949

45 ENDEREÇO

RAMAL DA GARAPEIRA - SANTA MARIA

TEL: 999538127

46 1º 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)

24 ESPÉCIE

55 PLACA

56 MUNICÍPIO

57 UF

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

61 COMPARCEU NO POSTO

SIM

NÃO

62 AVARIAS

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

CENTRO/BARRIL

PONTOS

63 CARRO



66 AÇÃO DO CONDUTOR

CONDUTIZIDO AO PS PELO SAMU

PONTOS

65 MOTO



67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM NÃO

BAF

Nº

TESTEMUNHAS

Nº

CONFERE CONFIDENCIAL

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

Courdeau

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

19 h...3

69 SEXO

77 NASCIMENTO

76 ENDEREÇO

10/10/17

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

INVESTPREV

27 SET 2019

Scanned with CamScanner

VITIMAS Nº	82 NOME RAIMUNDO FRANCISCO DE SOUZA	83 SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	84 NASCIMENTO 12/01/31611
	85 ENDEREÇO MESMO DO CONDUTOR DO V1	86 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input checked="" type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVA 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"/> 5	90 CONDUZIDA PARA PS PELO SAMU	92 SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
94 ENDEREÇO MESMO DO CONDUTOR DO V2	95 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input checked="" type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	96 VIAJAVA 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"/> 5	99 CONDUZIDA PARA PS PELO SAMU		

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

101 OBSERAÇÕES COMPLEMENTARES INFORMO QUE AMBOS OS VEÍCULOS TRANSITAVAM NO SENTIDO CENTRO / BAIRRO, MAS NAO 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 PERIGA 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 JOÃO	107 NOME / RG TOMYS / 3941-0
108 ASSINATURA IMPOSSIBILITADO	109 ASSINATURA IMPOSSIBILITADO	110 ASSINATURA TOMYS da Silva
111 LOCAL RIO BRANCO - AC		112 DATA 21/10/1919

INVESTPREV

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:

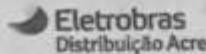
CLIENTE: JOAO BATISTA MEDEIROS DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 00000127624-2

Nr. da Autenticação 39E3B46B8A377E3F



COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Moga/Ses 228 – Bento – Rio Branco – AC
CNPJ: 04.695.033/0001-70 | Iiac: Estado: 01.654.141/001-18
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Única

Pers. credibili cont.
Gittiness. Informa-
zione NUNERO

SEU CÓDIGO
0293051-0

WV des Rechts Pfeil 004979888

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

RECIBO AGREGOS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMIENTO

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

REFERENCES AND NOTES

7060-772B.ME

117E_2F23_BA7E

COMPOSIÇÃO DA CUSTA-IR		IMPOSTOS TRIBUTOS - IR	
Distribuição:	17,43	Base de Cálculo:	
Energy:	20,70	Alegrada ICMS:	
Transmissão:	0,54	Valor do ICMS:	
Encargos:	6,22	Valor do PIS:	0,55% 0,25
Tributos:	1,43	Valor do COFINS:	2,55% 1,13

INDIA'S NEW FRONTIER

	DIC			FIC			DIFC		DFCF	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal		Mensal	
União	11,72	23,44	46,89	5,54	11,09	22,18	6,05			
Balanço				3,63		3,00			1,65	
Conjunto					Período da liquidação:					
TAQUARI					04/2019					24,50

INVESTPREV

Av. Brasil, 381 - Centro
CEP 69900-100 - Rio Branco - AC
CNPJ Matriz 76.535.764/0001-43
CNPJ 76.535.764/0327-70 IE 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, Fixo, DDD 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 para 100 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

Scanned with CamScanner

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/DOCORIGINAL.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 falsa 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**.

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 buciana gomes souza Inscrito (a) no CPF/CNPJ 719.481.712-87
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário joão Batista Medeiros da costa Inscrito
 (a) no CPF sob o Nº 439.985.152-68 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima
joão Batista Medeiros da costa Inscrito (a) no CPF sob o Nº 439.985.152-68 conforme
 determinação da Circular Susep 445/12:

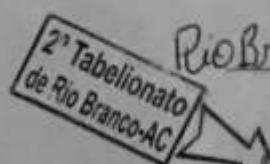
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

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	R=joão Mauricio da cunha	Número	123	Complemento	casa
Bairro	Raimundo Melo	Cidade	Ac	Estado	69921010
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	68199973-1060



Local e Data

Rio Branco/AC 20 de Agosto de 2019

INVESTPREV

27 SET 2019

Assinatura do Declarante

000PL001V001/2017

Reconhecimento/Autenticação
No Verso ➔

RECEITUÁRIO

PACIENTE Início

JOÃO BATISTA MODEIRS DA COSTA 58 Frey
residente Traunstein no dia 21/06/2019 Apre-
sentando fratura de fibula proximal
esquerda, tendo sido submetido a trata-
mento conservador

Evolui com retorno das fun-
ções do joelho (E), aumento de volume
do joelho (E), hipotrofia do lado da cama (E)
limitação funcional (flexão-extensão) joelho e
e redução da força muscular do
membro.

Portanto, é portador de desfecho defini-
tivo no MIE em 25º e de alta
médica.

INVESTPREV

27 SET 2019

DATA 19,9,19

José E. Silverio C.
Médico Ortopedista
CRM 4446
ASSINATURA DO MÉDICO

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 [] X [] mmHg] PULSO [] TEMP. [] PESO [] FC [] SPO2 []

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

*Pato de ferro coluna vertebral com fratura descolamento no
 lado esquerdo dor intensa. O humor óptico
 perdeu a acuidade visual devido ao edema óptico.*

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

Dor lombar 15/15, dor de cabeça e dor de joelhos (D) / Fica deitado

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

<i>HB: Pato de ferro / TC 6</i>	<i>5/00</i>
<i>O SRL basal, O</i>	<i>NT</i>
<i>O edema óptico 2/2, E</i>	<i>19/95</i>
<i>O TBL basal, E</i>	<i>CONFORME ORIG'NAL</i>

DATA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO HORA DA SAIDA: :
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO DESISTENCIA
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):
 TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
 Obito: []ATE 48HS []APOS 48HS [] FAMILIA [] FML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*O FIST - Rx pto de ferro + MFG + TCC visto.**O Av. Neurologista + Av. oftalmologista**Adv med.: Alte pr. acusou ambulatório.*

Dr. Marcos Daniel Xavier
 Cirurgião Geral
 CRM/AC 1907

Paulo Fernando Stürmer
 Ortopedia & Traumatologia
 MÉDICO CRM 455 AC

NO MEU PACIENTE		IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL	22:40h <u>nunro</u>	COMORBIDADES:	
FLUXOGRAMA	Paciente GCS 14/15.		
DISCRIMINADOR	Peso:		
PARÂMETROS	PA: X mmHg	Temp. °C Sat. O ₂ : %	P脉搏: bpm
	ESCALA DE DOR	(1-10) Escala 15-6	(1-10) Escala 1-10
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	HORÁRIO DA CR.	() DESISTÊNCIA () EVASÃO	HORÁRIO:
RECLASSIFICAÇÃO	Tempo máximo: Instituto	Assinatura:	

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

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

E MEDICAÇÃO
enigma Geol. Dr. Nelson

- Medicção Via Oral – VO, com ____ ml de água potável; *nem nenhuma*
 - Medicção Intramuscular – IM, local: *minha*
 - Medicção Endovenosa – EV, punçionado em () MSE () MSD, local: _____
com () Jelco nº: _____ () Scalp nº: *Pele e espíndio.*
 - Medicção sublingual; *Plexo vitíneo, catinse,*
 - Medicção subcutânea, local: *Dorsal e lombar () - Reiz e*
 - NBZ:

Dr. Edson Izidoro
PRM - Cruxia Gera
CRNTAC - D166

Anotações/Intercorrências:

BWIC presents Hangtown Ballroom - ASCAP (1988) CD 16 tracks

A 23:00h ~~in~~ ^{el} ~~mountain~~ go ~~river~~ ^{tapes, accompaniment} on film

22/06/19 às 16:30hs paciente admitido na obs José Adailton C. Pereira
de trauma conduzido pelo Dr Aldo, paciente Omensio foi Entomia
que o setor, só recebe 6 pacientes

Na 16.33h. aguardando nesta praça os 1581/1812, transitado
ao novo porto de queijo a bordo. Owoor

no mais profundo do espaço, o que serve
para ele viver, isto é, existir.

water level, combustion medium ex. carbons
to 10% & t₆ = 486° anti-dec - rate

so low & the 1856, numbers are not
proportional to the number of
corporations which are numerous,
^{and} ~~and~~ ^{and} C. Pereira
Enseñante



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

NOME: Douglas Bonotto M. Costa.

IDADE: _____ ANOS

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

RELATÓRIO ABDOMINAL

Figado: norma

Vesicula Biliar: norma

INVESTPREV

27 SET 2019

Pâncreas: norma

Rins: norma

Aorta: norma

Baço: norma

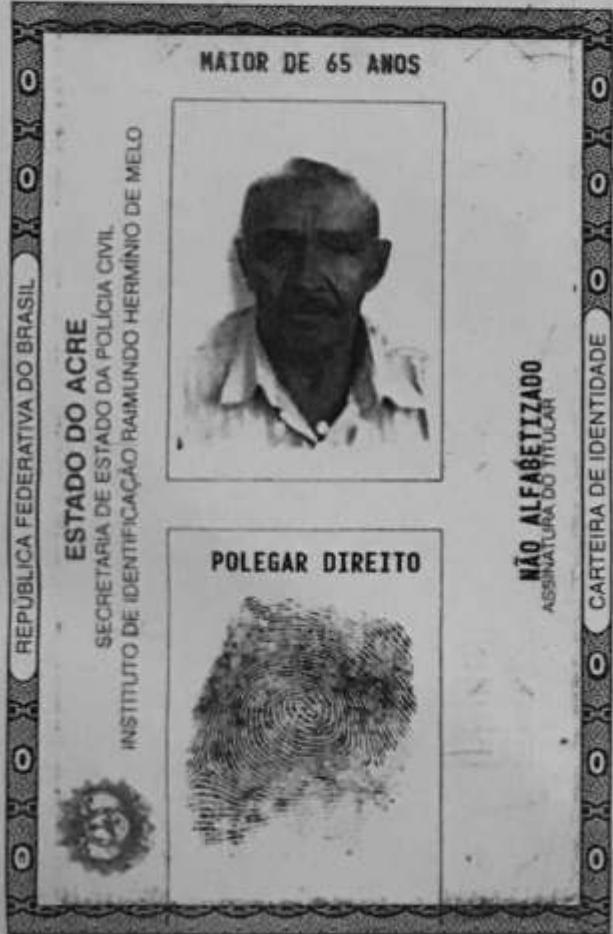
Bexiga: norma

Conclusão: - Son grados liso de 1300 ml
- Son de 1100 ml

SAME / HUERB
CPPIA
CONFORME ORIG.NAL

DR. WERNE VIEGA VASQUEZ
MÉDICO
CLÍNICA DAS

REGISTRO GERAL	201.042	VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
NOME	JOÃO BATISTA MEDEIROS DA COSTA	DATA DE EXPEDIÇÃO
FILIAÇÃO	RAIMUNDO GOMES DA COSTA RAIMUNDA ALVES DE MEDEIROS	DATA DE NASCIMENTO
NATURALIDADE	CANINDÉ - CE	01/04/1949
DOC. ORIGEM	CERT. MASC. N 8.644 - LIV.9 - FLS.170	CARTÓRIO SENADOR
	GUTIOMARD - AC	<i>[Signature]</i>
	434.985-152-68	SANDRO ROBERTO CUNHA RODRIGUES DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO
	2. VIA	P 80
		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



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

FIUNÇÃO

MANOEL FRANCISCO
MARTINS DE SOUZA
MARIA LUCIA GOMES DE
SOUZA

PERMISSÃO

BRINQUEDOS

ACC

CAT. HAB.

A

Nº REGISTRO

05211680702

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

28/03/2018

Pedro Luís Longo
Operador Especial
Detran / ACR

13780595965
AC406797378

BETRAN - AC (ACRE)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

12204066642

PROIBIDO PLASTIFICAR

12204066642