



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
ACRE
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro:	Rio Branco
Processo:	07074236520208010001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	20/10/2020 08:14:56

Partes

Solicitante:	Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A
--------------	--

Documentos

Petição:	2758789_CONTESTACAO_0 1 - 1-10.pdf
Anexo - Petição:	2758789_CONTESTACAO_A nexo_02 - 1-14.pdf
Anexo - Petição:	2758789_CONTESTACAO_A nexo_02 - 15-29.pdf
Anexo - Petição:	2758789_CONTESTACAO_A nexo_02 - 30-31.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 1-9.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 10-18.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 19-20.pdf

Nota: Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC

Processo: 07074236520208010001

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARIA DE FATIMA PEREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **29/08/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **16/10/2017**.

A parte autora OMITE o fato de ter ingressado com o pedido administrativo, tendo recebido o valor conforme a legislação vigente.

Ressalta-se que a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na esfera administrativa, no importe de **R\$ 675,00 (SEISCENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)** sendo este valor correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada.

Repita-se que o pagamento administrativo realizado foi de acordo com percentual indenizável para as supostas lesões suportadas pela parte autora, segundo a graduação da repercussão sobre a importância máxima segurada, em total consonância com o parecer médico pericial.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **29/08/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 675,00 (SEISCENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷ art.

1º

(...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono DIEGO PAULI, inscrito sob o nº 4550/AC, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 16 de outubro de 2020.

DIEGO PAULI
4550 - OAB/AC

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma seqüela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de seqüelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Media (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **DIEGO PAULI**, inscrito na OAB/AC sob o nº 4550, bem como, **LEILANE CLÉA CAMPOS DO NASCIMENTO ERICSON** inscrita sob nº 4139/AC, **CINTIA VIANA CALAZANS SALIM** inscrita sob nº 3554/AC, **GIOVAL LUIZ DE FARIAS JÚNIOR**, inscrito sob o nº OAB/AC 4608 e **MAYRA KELLY NAVARRO VILLASANTE** inscrita sob nº 3996/AC, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARIA DE FATIMA PEREIRA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO**, nos autos do Processo nº 07074236520208010001.

Rio de Janeiro, 16 de outubro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AC 3988

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

CARTA DE PREPOSTO

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresa seguradora com sede à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, nomeia e constitui como PREPOSTOS(as) **Rafael Silva Nunes**, inscrita CPF sob nº 980.785.722-49, **Dauana de Freitas**, inscrita no CPF sob nº 555.216.222-65, **Thiago Maia Viana**, inscrito no CPF sob nº 015.840.422-41, **Gioval Luiz de Farias Júnior**, inscrito no CPF sob nº 947.976.092-49, **Tainan da Silva Mendes**, inscrita no CPF sob nº 017.895.762-37 e **Evandro Damaceno Stolaric**, inscrito no CPF sob nº 713.190.342-68, podendo os mesmos responderem nesta qualidade a todos os termos do Processo n. **07074236520208010001**, que tramita **1ª** VARA CÍVEL da comarca de **RIO BRANCO/AC**.

Rio de Janeiro, 16 de outubro de 2020.



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat S.A.

Rio de Janeiro, 08 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200317466

Vítima: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Data do Acidente: 29/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DE FATIMA DA SILVA

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, contados 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





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Maria de Fátima da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 193.132 EXPEDIDO POR SEPC/AC EM 23/04/2018 ECPF 2017863122-53 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria de Fátima da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 2278 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 54193-1

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

LOCAL Xapuri - AC DATA 13/08/2020

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Maria de Fátima da Silva

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

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: 217.867.122-53 4 - Nome completo da vítima: Maria de Fatima da Silva

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

5 - Nome completo: Maria de Fatima da Silva 6 - CPF: 217.867.122-53
7 - Profissão: Desempregada 8 - Endereço: Rua São Francisco, 230 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Tancredo Neves 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.921-728
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (68) 99292-1801

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: 2278 CONTA: 54193 1
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vairascor)? ☐ 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 pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

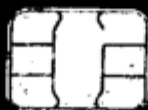
40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Maria de Fatima da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL



CAIXA

POUPANÇA

5067 2253 2268 5993

5067

VÁLIDO ATÉ

09/24

MARIA DE FATIMA DA SILVA

2278 013 00054193-1

elo



Eletrobras
Distribuição Acre

Para contato com a
Eletrobras, informe
este número

CÓDIGO

0069122-4

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 - Bosque - Rio Branco
CNPJ: 04.065.033/0001-70 | Insc. Estadual: 01.104.141/01-45
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Única

Nota Fiscal 0001605

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

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2017	28/09/2017	160	100,52

SEBASTIAO FERNANDES DE ALMEIDA
R. SÃO FRANCISCO 230 TANCREDO NEVES
CPF: 00007804228249
CEP: 69.021-238 RIO BRANCO

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	4644	Atual:	22/09/2017
Anterior:	4484	Anterior:	22/08/2017
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	21/10/2017
Consumo Medido:	160	Emissão:	22/09/2017
Consumo Faturado:	160	Apresentação:	22/09/2017

Forma de Faturamento: NORMAL

Fator de Potência:

Dias de Consumo: 31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. Bx. RENDA	MONO	7262522		1.6.1.1	141

HISTÓRICO KWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
AGO/17	195	CONSUMO	30 A R\$ 0,261142 = 7,83
JUL/17	175		70 A R\$ 0,424499 = 29,71
JUN/17	178		60 A R\$ 0,620535 = 37,23
MAT/17	165	CONTR. ILUMINACAO PBL (CCLP)	3,18
ABR/17	152	DIFERENÇA DE TARIFA	42,76
MAR/17	101	SUBVENCAO BAIXA RENDA	50,32
FEV/17	115	PAGAMENTO DIVERSOS DE 08/17 00	1,83
JAN/17	179	DOACAO APAL 0800 22/17 00	10,60
DEZ/16	158	MULTA POR ATRASO 08/17 00	2,40
NOV/16	169		
		ADICIONAIS LUMINARIA ATUALIZADA	1,42
		ADICIONAIS LUMINARIA VERMELHA	0,91





GOVERNO DO ESTADO DE ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DA 5ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014069/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/10/2017 11:05

Data/Hora Fim: 16/10/2017 11:30

Origem: Polícia Judiciária Data: 16/10/2017

Delegado de Polícia: Cleiton Videira Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 5ª Regional

Data/Hora do Fato: 29/08/2017 16:30

Local do Fato

Município: Rio Branco

Logradouro: Rua Luiz Moraes

Barro: Tancredo Neves

Ponto de Referência: Ao lado do box da PM

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)	Lei Maria da Penha
1223. Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. Veículo 303 - Caput - da LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)		Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: MARIA DE FÁTIMA PEREIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Rio Branco

Sexo: Feminino

Nasc: 16/01/1963

Profissão: Agricultor

Educacional: Sem instrução

Estado Civil: Divorciado(a)

Raça/Cor: Parda

Nome da Mãe: Maria do Carmo da Silva

Nome do Pai: Jesus José da Silva

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: rua São Francisco

Nº 230

Complemento: aos fundos da casa nº 230

Bairro: Tancredo Neves

Telefone: (68) 99927-5352 (Celular)

Nome: NILSON (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 35 Altura: 170

Profissão: Motorista

Estado Civil: Casado(a)

Tipo Físico: Normal

Raça/Cor: Branca

Estado Aparência: Calmo

Em Serviço: Sim

Endereço

Município: Rio Branco - AC

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Microônibus/Ônibus

Número da Carroceria: 2383

Cor: amarelo branco

Veículo Adulterado?: Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Nilson

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A vítima compareceu nesta unidade policial, para informar que no dia dos fatos estava retornando da fundação juntamente com sua filha CATIULSE MARIA PEREIRA, e quando estavam descendo do ônibus o motorista do ônibus que estava fechou a porta no momento em que a vítima descia do veículo, tendo ficado com a perna presa na porta. Que o motorista só abriu a porta quando a vítima e sua filha que tinham saído do ônibus, gritaram para que o motorista abrisse a porta. Que quando o motorista abriu a vítima quase caiu, porém sua filha lhe segurou e sentou-lhe em frente a farmácia do bairro. Que o motorista desceu para verificar a situação, porém não lhe ajudou, deixou apenas o contato, e logo em seguida foi embora. Que não foi realizado o BAT, pois os agentes de trânsito não foram acionados. Que alguém acionou o SAMU e esta foi conduzida para o PRONTO-SOCORRO. Que registra essa ocorrência para fins de DPVAT.



Delegado de Polícia Civil Cleiton Videira Dos Santos
Impresso por: Genivaldo Albuquerque dos Santos
Data de Impressão: 16/10/2017
Protocolo nº: Não disponível
Delegado de Polícia Civil
Mat.: 9137629-1

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

1. LOCAL/DATA DO ACIDENTE

DATA: 29/08/2017 HORA: 17:30
ENDEREÇO: RUA LUIZ DE MORAIS
BAIRRO: TANCREDO NEVES CIDADE: RIO BRANCO UF: AC
REFERÊNCIA: EM FRENTE A FARMAVIDA

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

PLACA: MARCA: MODELO: ESPÉCIE:
RENAVAM: CHASSI: COR: UF:
PROPRIETÁRIO: CPF/CNPJ:
ENDEREÇO: BAIRRO:

3. DADOS DA VÍTIMA () CONDUTOR (X) PASSAGEIRO () CICLISTA () PEDESTRE

NOME: MARIA DE FÁTIMA PEREIRA ESTADO CIVIL: DIVORCIADA
SEXO: FEM DATA NASC. 16/01/1963 PROFISSÃO: AGRICULTORA
CPF: 217.867.122-53 RG: 193132 ORG.: SSP/AC
NATURALIDADE: RIO BRANCO NACIONALIDADE: BRASILEIRA
GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO
REGISTRO DA CNH: CATEGORIA: VALIDADE: UF:
ENDEREÇO: RUA SÃO FRANCISCO BAIRRO: TANCREDO NEVES CIDADE: RIO BRANCO
N230

4. NARRATIVA DO ACIDENTE CONFORME DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

Informo que compareceu neste Batalhão de Policiamento de Trânsito, a Sra Catiúcia Maria Pereira de Lima CPF n 897.724.072-72 e RG 431108, a mesma informa que no dia, local e horário supracitados ao descer do ônibus juntamente com sua mãe a Sra Maria de Fátima Pereira, o motorista fechou a porta, momento este em que prendeu o pé de sua mãe.

As duas gritaram para que o mesmo parasse o ônibus, que ao parar e abrir a porta a Sra Maria de Fátima quase caiu, sendo amparada por sua filha a Sra Catiúcia que levou a mesma para uma calçada onde ficou aguardando atendimento do SAMU, que esteve no local e conduziu ao PS conforme BE 2483827. Ela informa ainda que não foi possível anotar a placa do referido veículo, que só foi possível anotar a numeração da lateral do ônibus, número 2383 e que o nome do motorista é Nilson.

Catiúcia M. Pereira de Lima

Assinatura do Declarante

NOME: B ANDRADE RG: 3491 / PMAC
POSTO/GRAD: 3º SGT PM MATRÍCULA: 9121480-1 OPM: BPTRAN
DATA: 24/10/2017 HORA: 12:15

Assinatura:

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: 217.867.122-53 4 - Nome completo da vítima: Maria de Fatima da Silva

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

5 - Nome completo: Maria de Fatima da Silva 6 - CPF: 217.867.122-53
7 - Profissão: Desempregada 8 - Endereço: Rua São Francisco, 230 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Tancredo Neves 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.921-728
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (68) 99292-1801

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: 2278 CONTA: 54193 1
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vairascor)? ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Maria de Fatima da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 17/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE FATIMA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02278

CONTA: 000000054193-1

Nr. da Autenticação F989F43EF8FFE421

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria de Fátima de Silva

RG nº 193.132, data de expedição 23/04/2018, Órgão SEPC IAC,

CPF nº 217.867.122-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

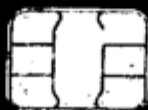
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua São Francisco
Número	230
Apto / Complemento	
Bairro	Tambredo Neves
Cidade	Rio Branco
Estado	ACRE
CEP	69921-728
Telefone de Contato	(68) 99974-1598
E-mail	SDHNANS571@GMAIL.COM

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Xapuri-AC, 13 de Agosto de 2020.

Assinatura do Declarante: Maria de Fátima de Silva

VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL



CAIXA

POUPANÇA

5067 2253 2268 5993

5067

VÁLIDO ATÉ

09/24

MARIA DE FATIMA DA SILVA

2278 013 00054193-1

elo



Eletrobras
Distribuição Acre

Para contato com a
Eletrobras, informe
este número

CÓDIGO

0069122-4

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 - Bosque - Rio Branco
CNPJ: 04.065.033/0001-70 | Insc. Estadual: 01.104.141/01-45
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Única

Nota Fiscal 0001605

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

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2017	28/09/2017	160	100,52

SEBASTIAO FERNANDES DE ALMEIDA
R. SÃO FRANCISCO 230 TANCREDO NEVES
CPF: 00007804228249
CEP: 69.021-238 RIO BRANCO

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	4644	Atual:	22/09/2017
Anterior:	4484	Anterior:	22/08/2017
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	21/10/2017
Consumo Medido:	160	Emissão:	22/09/2017
Consumo Faturado:	160	Apresentação:	22/09/2017

Forma de Faturamento: NORMAL

Fator de Potência:

Dias de Consumo: 31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. Bx. RENDA	HOMO	7262522		1.6.1.1	141

HISTÓRICO KWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
AGO/17	195	CONSUMO	30 A R\$ 0,261142 = 7,83
JUL/17	175		70 A R\$ 0,424499 = 29,71
JUN/17	178		60 A R\$ 0,620535 = 37,23
MAT/17	165	CONTR. ILUMINACAO PBL (CCLP)	3,18
ABR/17	152	DIFERENÇA DE TARIFA	42,76
MAR/17	101	SUBVENCAO BAIXA RENDA	50,32
FEV/17	115	PAGAMENTO DIVERSOS DE 08/17 00	1,83
JAN/17	179	DOACAO APAL 0800 22/17	10,60
DEZ/16	158	MULTA POR ATRASO 08/17 00	2,40
NOV/16	169		
		ADICIONAIS LANTERNA ATERRADA	1,42
		ADICIONAIS BARRILEIRA VERMELHA	0,91



SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 14/08/2017 Hora emissão: 15:39 Operador:
Nº da Ocorrência 1708290085	Qtd. Vítimas 1	Dt/Hr Início: 29/08/2017 17:18 Dt/Hr Término: 29/08/2017 18:42	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: ACIDENTE ONIBUS (TRANSPORTE COLETIVO)	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante:
End.: R LUIZ DE MORAIS
Bairro: TANCREDO NEVES
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: AO LADO DO BOX DA PM

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
 Telefone do Solicitante: (68) 998377894
 Queixa: SENHORA QUEDA

Origem da Ligação: DOMICÍLIO

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: Paciente 1 MARIA DE FATIMA PEREIRA	Idade: 54 ANO(s)	Sexo: FEMININO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: JOSLEILSON DOS SANTOS	Data/Hora: 29/08/2017 18:42
	Avaliação: EQUIPE INFORMA EDEMA DE TORNOZELO DIREITO, DOR LOCAL	

Vítima 1	Profissional: JOSLEILSON DOS SANTOS	Data/Hora: 29/08/2017 17:26
	Avaliação: SOLICITANTE INFORMA QUE SENHORA FOI DESER DO ÔNIBUS E SOFREU TRAUMA EM MM8 APOS FECHAR PORTA DO ONIBUS, MM3 E DOR LOCAL	

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA**DECISÃO TÉCNICA**

Vítima 1	Profissional: JOSLEILSON DOS SANTOS	Data/Hora: 29/08/2017 18:42	Situa
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGENCIA		
	Profissional: JOSLEILSON DOS SANTOS	Data/Hora: 29/08/2017 18:42	Situa
	Destino: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RBO - HUERB		
	Profissional: JOSLEILSON DOS SANTOS	Data/Hora: 29/08/2017 18:42	Situa
	Intercomência:		
	Observação: PACIENTE COM EDEMA DE TORNOZELO DIREITO DOR, SUSPEITA DE FRATURA		

Vítima 1	Profissional: JOSLEILSON DOS SANTOS	Data/Hora: 29/08/2017 18:04	Situa
	Decisão: ENVO DE VEÍCULO		
	Profissional: JOSLEILSON DOS SANTOS	Data/Hora: 29/08/2017 18:04	Situa
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: JOSLEILSON DOS SANTOS	Data/Hora: 29/08/2017 18:04	Situa
	Intercomência:		
	Observação:		

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USB 08 RBO	Data/Hora Envio Equipe: 29/08/2017 17:38
	Dt./Hr. Saída Base: 29/08/2017 17:38	Dt./Hr. Chegada Local: 29/08/2017 17:52
	Dt./Hr. Saída Local: 29/08/2017 18:02	Dt./Hr. Chegada Destino: 29/08/2017 18:27
	Dt./Hr. Saída Destino: 29/08/2017 18:28	Dt./Hr. Chegada Base: 29/08/2017 18:28

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Elencado pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
SULY MICHERLANE NASCIMENTO	29/08/2017 17:18		SULY MICHERLANE NASCIM
SULY MICHERLANE NASCIMENTO	29/08/2017 17:19	SULY MICHERLANE NASCIMENTO	EM FILA
JOSLEILSON DOS SANTOS	29/08/2017 17:28	JOSLEILSON DOS SANTOS	EM FILA
JOSLEILSON DOS SANTOS	29/08/2017 18:05	JOSLEILSON DOS SANTOS	EM FILA
JANINE DA SILVA LIMA DELLO	29/08/2017 18:25	JANINE DA SILVA LIMA DELLO	EM FILA

INTERNA

0408050217 / 5930 OK

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2483827 DATA: 29/08/2017 HORA: 18:28 USUÁRIO: EMERSON
CNS: 700809427831089 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MARIA DE FATIMA PEREIRA DOC.: CNS
IDADE: 54 ANOS NASC: 16/01/1963 SEXO: FEMININO
ENDERECO: BR 364 KM 55 RAMAL LINHA NOVA KM 35 NUMERO:
COMPLEMENTO: VEIO COM SAMU BAIRRO: COL. 3 IRMAOS
MUNICIPIO: BUJARI UF: AC CEP: 69900-000
NOME PAI/MAE: JESUS JOSE DA SILVA /MARIA DO ACRMO DA SILVA
RESPONSAVEL: A FILHA KATIUSCIA MARTA PEREIRA TEL: 99911-3599
PROCEDENCIA: TANCREDO NEVES
ATENDIMENTO: QUEDA DE ALTURA
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

EXAM. COMPL. [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

*parto com ptan d' tuer com onbre que d' pte
e deupeder no lon. frum eden e mo R*

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

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] *do cubito por loto*

DIAGNOSTICO: *fratura cubito direito* CID:

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

*1) R de pte de 08/08/1963
2) D de 08/08/1963
3) D de 08/08/1963*

DATA DA SAIDA: / / SAME / HCLRB 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 [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

CONFORME ORIGINAL



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SAISUS - CNPJ: 63.602.940/0001-70

SOLICITAÇÃO DE EXAMES - S. A. D. T.

- ☒ H. FUNDHACRE ☐ C.I. DA MULHER
☐ H. DO IDOSO ☐ H.M.M. MONTE
☐ POLIC. TUCUMÃ ☐ CACON
☐ H. DA CRIANÇA

MATRÍCULA

Data Nasc.

Sexo M. ☐ F. ☐

Nome:

- ☒ Ambulatório ☐ Centro Cirúrgico ☐ UTI ☐ URGENTE

Clinica _____ Enfermaria/leito _____

O material só será colhido ou aceito se o formulário estiver preenchido por completo e com letra legível.

SUSPEITA CLÍNICA

Data dos Primeiros Sintomas _____

EXAMES SOLICITADOS

Ex sangue direto AP/P

Material _____

Material _____

Material _____

Material _____

Ex urina direto AP/P

Material Enviado

DATA

29.08.12

CRIM

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Assinatura do Médico

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

SR. PACIENTE A ROTINA DA COLETA FUNCIONARÁ DAS 7:00 ÀS 9:00 HORAS
DE 2ª A 6ª FEIRA NO HOSPITAL FUNDHACRE

DIREJA-SE A RECEPÇÃO DO LABORATÓRIO PARA MARCAÇÃO DE EXAMES ESPECIAIS OU PARA OBTENÇÃO DE OUTRAS INFORMAÇÕES

RETIRAR FRASCOS PARA URINA E FEZES DAS 09:00 ÀS 17:00 HORAS

ORIENTAÇÕES PARA COLETA DE EXAMES DE LABORATÓRIO

JEJUM

Estar em jejum significa não ingerir nenhum alimento líquido como sólido no período de 12:00 ou 14:00 h dependendo do tipo de exame, antes da coleta do material para realização do mesmo. Isto é necessário quando se coletar sangue para alguns tipos de exame (glicose, uréia, creatinina, sódio, potássio etc.). O jejum é importante para que os resultados de seus exames de sangue saiam corretos. Atenção MESMO EM JEJUM NÃO DEIXE TOMAR SEUS REMÉDIOS.



ACRE

VISÃO DE FUTURO.
GOVERNO DE TODOS.



INTOACRE

INSTITUTO DE TRAUMATOLOGIA
E ORTOPEQUIA DO ACRE

Nome: MARIA DE FATIMA DA SILVA

Idade: 57 A

Exame :RM-COLUNA LOMBAR

Atendimento: 230555

Data: 18/05/2020

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA

Técnica:

Exame com aquisição de imagens em seqüências multiplanares com bobinas específicas, ponderadas em T1 e T2.

Relatório:

- Osteófitos marginais e anteriores.
- Alterações degenerativas envolvendo as articulações interfacetárias lombo-sacras.
- Desidratação dos discos intervertebrais lombares.
- Pedículos, facetas articulares e lâminas sem alterações.
- Cone medular ao nível de L1, sem alterações. Distribuição normal das raízes da cauda eqüina no interior do saco dural.
- Ligamento amarelo com espessura conservada.
- Musculatura para vertebral sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Espondiloartrose lombo-sacra.
- Desidratação dos discos intervertebrais lombares.

DRA. MÁIRA S. P. PARENTE

MÉDICA RADILOGISTA
CRM-AC 1502 RQE-AC 611

MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA



INTOACRE
INSTITUTO DE TRAUMATOLOGIA
E ORTOPEDIA DO ACRE

LAUDO DE RADIOGRAFIA

Paciente: MARIA DE FATIMA SILVA

Ident. 224212

Médico (Solicitante): Dr.(a) EDISIO C P FILHO

Data: 18/02/2020

Sexo: Feminino

Idade: 57a, 1m, 2d

Convênio: SUS SESACRE

RX- TORNOZELO E PE DIREITO

RELATÓRIO:

Alterações degenerativas incipientes envolvendo difusamente as articulações do pé e tornozelo direito.

Ausência de fratura, erosão ou destruição óssea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- ALTERAÇÕES DEGENERATIVAS INCIPIENTES ENVOLVENDO DIFUSAMENTE AS ARTICULAÇÕES DO PÉ E TORNOZELO DIREITO.

RIO BRANCO – AC, 26 de fevereiro de 2020

DRº MARCOS PARENTE
MÉDICO RADIOLOGISTA
CRM-AC 1482 RQE-AC 572

MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

Rodovia BR 364, KM 02

INTO – Instituto de Traumatologia e Ortopedia



INTOACRE
INSTITUTO DE TRAUMATOLOGIA
E ORTOPEDIA DO ACRE

LAUDO DE RADIOGRAFIA

Paciente: MARIA DE FATIMA PEREIRA

Ident. 146809

Médico (Solicitante): Dr.(a) J. LEONARDO CONTREIRAS Z.

Data: 24/08/2018

Sexo: Feminino

Idade: 55a, 7m, 8d

Convênio: SUS SESACRE

RX- TORNOZELO E PE DIREITO E ESQUERDO

RELATÓRIO:

Alterações degenerativas envolvendo as articulações interfalangeanas bilateralmente.

Ausência de fratura, erosão ou destruição óssea.

Calcificação linear junto à inserção do tendão do calcâneo bilateralmente.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- ARTROSE INTERFALANGEANA BILATERAL.
- ENTESOPATIA CÁLCICA DO CALCÂNEO BILATERAL.

RIO BRANCO – AC, 04 de setembro de 2018


DRº MARCOS PARENTE
MÉDICO RADIOLOGISTA
CRM-AC 1482 RQE-AC 572

MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

Rodovia BR 364, KM 02

INTO – Instituto de Traumatologia e Ortopedia



LAUDO DE RADIOGRAFIA

Paciente: MARIA DE FATIMA PEREIRA

Ident. 153783

Médico (Solicitante): Dr.(a) J. LEONARDO CONTREIRAS Z.

Data: 11/10/2018

Sexo: Feminino

Idade: 55a, 8m, 25d

Convênio: SUS SESACRE

RX-PE DIREITO

RELATÓRIO:

Alterações degenerativas envolvendo as articulações interfalangeanas.

Ausência de fratura, erosão ou destruição óssea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- ARTROSE INTERFALANGEANA.

RIO BRANCO – AC, 26 de outubro de 2018

DRº MARCOS PARENTE
MÉDICO RADIOLOGISTA
CRM-AC 1482 RQE-AC 572

MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

Rodovia BR 364, KM 02

INTO – Instituto de Traumatologia e Ortopedia



INTOACRE
INSTITUTO DE TRAUMATOLOGIA
E ORTOPEdia DO ACRE



LAUDO DE RADIOGRAFIA

Paciente: MARIA DE FATIMA PEREIRA

Ident. 112685

Médico (Solicitante): Dr.(a) J. LEONARDO CONTREIRAS Z.

Data: 29/12/2017

Sexo: Feminino

Idade: 54a, 11m, 13d

Convênio: SUS SESACRE

RX-PE TORNOZELO DIREITO

RELATÓRIO:

Presença de tala engessada, prejudicando a avaliação.

Sinais de osteopenia difusa.

Alterações degenerativas envolvendo difusamente as articulações do pé direito.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- LAUDO DESCRITIVO.

RIO BRANCO – AC, 29 de março de 2018

DRº MARCOS PARENTE
MÉDICO RADIOLOGISTA
CRM-AC 1482 RQE-AC 572
MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

Rodovia BR 364, KM 02

INTO – Instituto de Traumatologia e Ortopedia



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

RECEITUÁRIO MÉDICO

mariz do fêmur peroneo

IDADE 54 ANOS

LAUDO MÉDICO

A cliente acima apresenta fratura do
osso cuboide do pé direito em período
de consolidação osseas Sem praticas de
2/da.

Cid S 92.2

DATA 18-12-77

Carimbo

ASSINATURA

Dr. Laércio Caldeira
Médico Ortopedia Traumatologia
CRM 584-1-SC



HOSPITAL DAS CLÍNICAS

REGISTRO MÉDICO

Maria de Fátima Pereira

Idade 56 anos

LAUDO MÉDICO

A cliente acima apresenta sequelas de fratura do osso cuboide por trauma com subluxação do tornozelo e indica para a fisioterapia motora sem aplicação de alta.

CID

S 92.2

T 92.8

T 93.5

DATA: 07-10-18

Assinatura Controlada
Lecyda Contreiras
Osteod. Visceral
CRN 584 - AC

ASSINATURA COM CARTÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: marci d fátima pereira

EPADZ 55 ANOS

LAUDO MÉDICO

O cliente acima apresenta fratura consolidada do colo do 2º, 3º e 4º metacarpo do 2º dedo da mão direita e sequelas de lesão do ligamento Deltoide do tornozelo direito, atualmente com dificuldade para deambular encaminha a fisioterapia motora do joelho e tornozelo.

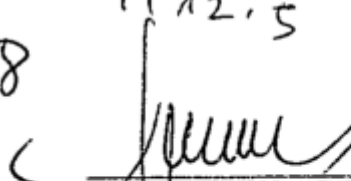
CIN

S 92.4

M 25.6

M 12.5

Rio Branco - Ac. 08/10/18


 DR. LEONARDO LIMA
 Médico Ortopedia Traumatologia
 CRM - AC

CARIMBO = ASSINATURA



NOME: On 212 1 f2 f1 m- p r e v o l u z

Trilob 56 nos de idub

✓ ACPD PERCO

A presente ruína apresenta sequelas
de fraturas dos dedos do pé direito
e sequelas da lesão ligamentar tendi-
nosa do tibia tala, calcâneo tala
e fíbula tala do pé direito difi-
cultando a deambulação e por de-
realizar trabalhos domésticos
na vez vez.

cin - \$ 92.4 \$ 92.4
 7 25.6 141.2
 7 12.5

Rio Branco - Ac~~1~~ 104129

Dr. J. Leonardo Paragás
Medico CRM 584 -
Ortopedia - Traumatología

CONFERMA E ASSINATURA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMÍDO DE MELO

POLEGAR DIREITO

Maria de Fátima da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
217.867.122-53

Nome
MARIA DE FATIMA DA SILVA

Nascimento
16/01/1963

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 193.132
GERAL

DATA DE EXPEDIÇÃO
23/04/2018

NOME
MARIA DE FÁTIMA DA SILVA

PAI
JESUS JOSÉ DA SILVA
MARIA DO CARMO DA SILVA

NATALIDADE
RIO BRANCO-AC

DATA DE NASCIMENTO
16/01/1963

DOC. OFICIAL
CERT. CAS. C/ AVERB. N. 246 - LIV. B-1 - FLS. 120 - CARTÓRIO
1 SERV. XAPURI

217.867.122-53
2 VIA

BANCO NOROCCIDENTAL
DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 80

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200317466 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA DA SILVA **Data do acidente:** 29/08/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO CUBOIDE, 2º, 3º E 4º METATARSOS À DIREITA (PG 1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: @PG 13 LAUDO DR.J.LEONARDOCONTRERAS ZURITA, DE 11/04/19

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



**Seguro
DPVAT**
Seguradora Líder



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
Rua da Assembleia, 100 - 24 Andar - Edifício Citibank
Centro
Rio de Janeiro - RJ
20011-904



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient SEGURADORA LÍDER - DPVAT		TELEFONE / Phone Number SAC DPVAT 0800 0221204	
ENDEREÇO / Address RUA SENADOR DANTAS, Nº 74, 15º ANDAR - CENTRO			
CEP / Zip 20031-205	CIDADE / City RIO DE JANEIRO	UF / State RJ	PAÍS / Country BRASIL

ATENDIMENTO





**Seguro
DPVAT**
Seguradora Líder

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



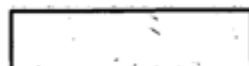
Twitter.com/dpvatoficial

Blog: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
Maria de Fátima da Silva		(68) 99 292-1801	
ENDEREÇO / Address			
Rua São Francisco, 230 - Tancredo Neves			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
69921728	Rio Branco	AC	BR



RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn13)
☐ MUDOU-SE (Moved)	☐ FALCIDO (Deceased)	
☐ RECUSADO (Refused)	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)	
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)	
☐ NÃO PROCURADO (Untraced)	☐ OUTROS (Other)	
☐ AUSENTE (Absent)		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1. 1. 1. 2. 1. 1. 3. 1. 1. 1.		
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)		
☐ Reintegrado ao serviço postal em 1. 1.		
Data 1. 1. Responsável 1. 1. 1. 1.		

SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Maria de Fátima da Silva

DATA DO ACIDENTE 29.08.2017 POSSUI CPF ☐ SIM ☐ NÃO Nº CPF 217.867.122-53

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

889800545

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) _____
 Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador _____
 E-mail JOHNANS 571@GMAIL.COM Tel. 49974-1598
 Data 13-08-2020 Assinatura Mário J. da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Lorreios
 Atendente RONICLEY ARAÚJO DE OLIVEIRA Matrícula 85901989
 Data: 13-08-2020 Assinatura: Ronicley Araújo de Oliveira

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0249612/20

Vítima: MARIA DE FATIMA DA SILVA

CPF: 217.867.122-53

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 29/08/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DE FATIMA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA DE FATIMA DA SILVA : 217.867.122-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/09/2020
Nome: MARIA DE FATIMA DA SILVA
CPF: 217.867.122-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2020
Nome: Rodrigo Lopes Pacheco
CPF: 127.603.687-69

MARIA DE FATIMA DA SILVA

Rodrigo Lopes Pacheco