



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

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

Dados Básicos

Foro:	Rio Branco
Processo:	07081736720208010001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	16/11/2020 07:35:20

Partes

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

Documentos

Petição:	2764601_CONTESTACAO_0 1 - 1-10.pdf
Anexo - Petição:	2764601_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 1-14.pdf
Anexo - Petição:	2764601_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 15-22.pdf
Anexo - Petição:	2764601_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 23-28.pdf
Anexo - Petição:	2764601_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 1-12.pdf
Anexo - Petição:	2764601_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 13-26.pdf
Anexo - Petição:	2764601_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 27.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: 07081736720208010001

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 **EDSON VIDEL DE MOURA**, 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 **03/02/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **23/07/2020**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 8.775,00 (oito mil e setecentos e setenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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.

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.

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;

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\$ 8.775,00 (oito mil e setecentos 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\$ 8.775,00 (oito mil e setecentos 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.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

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)

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **03/02/2020**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 8.775,00 (oito mil e setecentos 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 HOUVE 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\$ 8.775,00 (OITO MIL E SETECENTOS 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 expresso 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, 12 de novembro de 2020.

DIEGO PAULI
4550 - OAB/AC

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo 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 sequela 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 sequelas 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%)	Média (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 baço					

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 **EDSON VIDEL DE MOURA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO**, nos autos do Processo nº 07081736720208010001.

Rio de Janeiro, 12 de novembro 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. **07081736720208010001**, que tramita **1ª** VARA CÍVEL da comarca de **RIO BRANCO/AC**.

Rio de Janeiro, 12 de novembro de 2020.



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat S.A.

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200296039

Vítima: EDSON VIDEL DE MOURA

Data do Acidente: 03/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO LUIZ MONTEIRO GUIMARAES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDSON VIDEL DE MOURA

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

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200296039

Vítima: EDSON VIDEL DE MOURA

Data do Acidente: 03/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO LUIZ MONTEIRO GUIMARAES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDSON VIDEL DE MOURA

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

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: 4 - Nome completo da vítima:

513 932 712-00 EDSON VIDEL DE MOURA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

EDSON VIDEL DE MOURA 513 932.712-00
SERVIÇOS GERAIS RUA AMERICA 508
NOVA ESTACÃO RIO BRANCO ACRE 69 908-970
6899473 9773

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: 3320 CONTA: 000 875318817 7

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do 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 discordar 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 (pai/mãe)? ☐ 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 aqueles 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

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:

Rio Branco - 18/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 4ª REGIONAL - RIO BRANCO

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 00017118/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/07/2020 13:26:42 Data/Hora Fim: 23/07/2020 13:26:42

Delegado de Polícia: Pedro Henrique Resende Teixeira Campos

DADOS DA Ocorrência

Unidade de Apuração: Delegacia de Polícia da 4ª Regional

Data/Hora do Fato: 03/02/2020 13:20

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Bairro: Vila Ivonete/Procom/Solar

Logradouro: ANTONIO DA ROCHA VIANA

Tipo do Local: Via Pública

Nº: 2511

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EDSON VIDEL DE MOURA (COMUNICANTE, VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 30/04/1974	Idade: 46
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais			
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: Julieta Maria de Moura		Nome do Pai: José Videl de Moura	

Documento(s)

CPF: 513.932.712-00

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: RUA AMERICA

Bairro: Nova Estação

Nº: 508

Nome Civil: LUIZ DA SILVA DE SOUZA (CONDUTOR)	
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: RUA 1ª DE AGOSTO

Bairro: Placas

Nº: 720

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante veio a esta delegacia informar que na data acima mencionada, estava indo trabalhar na sua moto, e um carro estava estacionado no acostamento da ciclovia, e o comunicante colidiu na traseira do veículo, voou por cima do carro e ficou desacordado. Que quando acordou começou a ter convulsões. Que o SAMU conduziu o comunicante até o Pronto Socorro.



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 4ª REGIONAL - RIO BRANCO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00017118/2020

ASSINATURAS

Regina Maria Vasconcelos Freitas

Agente de Polícia
Matrícula 92470171

Responsável pelo Atendimento

Edson Videl de Moura

Comunicante, Vítima

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DETRAN
ACRE

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

Novo Acre

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

0022364

NÚMERO FOLHA

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

100 metros da Rodovia Manoel, 2511

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

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

em frente ao Hotel

06 HORA DA OCORRÊNCIA

12:00

07 ZONA URBANA - RURAL

☒ URBANA

08 DATA

10-12-2011

09 DIA DA SEMANA

domingo

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO ☐ 1

COLISÃO ☒ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM ☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO ☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR) ☐ 8

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO ☒ 1

CONCRETO ☐ 3

PARALELEPÍEDO ☐ 5

CASCALHO ☐ 7

TERRA ☐ 9

AREIA ☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA ☐ 1

MOLHADO ☒ 3

OLEOSA ☐ 5

ENLAMEADA ☐ 7

DANIFICADA ☐ 9

OBRAS ☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM ☐ 1

CHUVA ☒ 3

NEBLINA ☐ 5

BAFO ☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

02

15 Nº DE VITIMAS

02

SEM VITIMAS ☐

COM VITIMAS ☒

17 SEXO

M

18 NASCIMENTO

10/03/1992

19 ENDEREÇO

1.º de Maio 20 - Palmas

20 1ª HABILITAÇÃO

05 22 1992

21 CATEGORIA

A

22 PRONTUÁRIO

63-03-05523

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

Ford Fasta

28 ESPÉCIE

Pamphiro

29 PLACA

OVG 2134

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

Carvalho

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

9613 FESSA 96102-905

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐ NÃO ☐

36 AVARIAS

Só no traseiro

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

à esquerda

40 AÇÃO DO CONDUTOR

comparou o sinal

PONTOS

37 CARRO

3

39 MOTO

3

47 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

BAF

42 NOME CONDUTOR

Felipe André de Souza

43 SEXO

M

44 NASCIMENTO

17/03/1991

45 ENDEREÇO

1.º de Maio 503 - Nova Estrela

46 1ª HABILITAÇÃO

03 05 2003

47 CATEGORIA

A

48 PRONTUÁRIO

63244112341

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

53 MARCA

Yamaha XT 250 Cross

54 ESPÉCIE

Pamphiro

55 PLACA

OVV 1992

56 MUNICÍPIO

Rio Branco

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

Ernesto Salomão de Souza

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

9610 G201010051023

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐ NÃO ☐

62 AVARIAS

Só no motor

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

à esquerda

66 AÇÃO DO CONDUTOR

avistado pela SPM

PONTOS

63 CARRO

3

65 MOTO

3

67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

BAF

68 NOME

Geovane Flaus

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

VEÍCULO / CONDUTOR

VEÍCULO / CONDUTOR

TESTEMUNHAS

VÍTIMAS	82 NOME	Edson Vilela de Moura			83 SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	84 NASCIMENTO	30/10/1974			
	85 ENDEREÇO	R. Américo 501 - Nova Estação			86 FERIMENTOS	LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº	88 USAVA CINTO			
	89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA	CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5			90 CONDUZIDA PARA						
	91 NOME				92 SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	93 NASCIMENTO				
	94 ENDEREÇO				95 FERIMENTOS	LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	96 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº	97 USAVA CINTO			
	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA	CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5			99 CONDUZIDA PARA						

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

27/10/2020

Edson Vilela de Moura

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Informamos que a vítima anteriormente a 2/2 colisão com o veículo Transmissão do V2 OSMV
 Continuação a vítima V2 foi entregue para encaminhamento do F-UTAN CPF 099.572.112-30
 A Polícia Técnica compareceu ao local.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA	103 MOTORISTA	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO
V2	V2	Luís DUTRA
105 NOME	106 NOME	107 NOME / RG
Luís da Silva de Sousa	Edson Vilela de Moura	Luís 9877427-2
108 ASSINATURA	109 ASSINATURA	110 ASSINATURA
Luís da Silva de Sousa		Luís
111 LOCAL	112 DATA	
Rua Américo - 501	02/10/2020	

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: 4 - Nome completo da vítima:

513 932 712-00 EDSON VIDEL DE MOURA

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

5 - Nome completo: EDSON VIDEL DE MOURA 6 - CPF: 513 932 712-00
7 - Profissão: SERVIÇOS GERAIS 8 - Endereço: RUA AMERICA 9 - Número: 508 10 - Complemento:
11 - Bairro: NOVA ESTAÇÃO 12 - Cidade: RIO BRANCO 13 - Estado: ACRE 14 - CEP: 69 908-970
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 68 99474 9773

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: 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: 3320 CONTA: 000 875318817 7

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do 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 discordar 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 (pai/nascit)? ☐ 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 aqueles 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

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:

Rio Branco - AC 18/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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: 11/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 8.775,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDSON VIDEL DE MOURA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03320

CONTA: 000875318817-7

Nr. da Autenticação 8616C1AFB2A0CB26



Para contato:
Cidade Energia
0800 782 8504

0051722-4

0051722-4

008362392

JUNHO/2020

18/06/2020

174

152,13

JOSE VIDEL DE MOURA
R. AMERICA 508 01 NOVA ESTACAO
CPF: 00007828578504
CEP: 69.908-970 - RIO BRANCO

268	18/06/2020
94	13/05/2020
1.000	10/07/2020
174	09/06/2020
174	10/06/2020
NORMAL	030
	28

RESIDENCIAL MONO WS071428758 1.1.1.1 106

MAI/20	132	CONSUMO 174 A R\$ 0,826813 =	143,86
ABR/20	109	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	5,94
MAR/20	134	CORRECAO MONETARIA IG 05/20-00	0,18
FEV/20	102	MULTA POR ATRASO 05/20-00	1,93
JAN/20	99	JUROS DE MORA DE INPO 05/20-00	0,22
DEZ/19	85		
NOV/19	79		
OUT/19	110		
SET/19	133		
AGO/19	98		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 174 - 0,55940

Pago Caixa
16.06.2020

6E6C.CA08.FE82.9A46.D69C.E890.43AE.46ED

41,61	143,86
44,00	25,00%
2,60	35,96
10,95	1,08%
44,70	4,99%
	7,18

0,76 1,00 0,76
9,24 18,49 36,99 4,83 9,66 19,32 4,99

TANGARA

04/2020

41,18

ROT: 8.001.08.03.002430 SEQ.: 00082



0051722-4

152,13

06/2020

18/06/2020

008362392 FCAM

RECIBO DO ARRECADADOR

TANGARA JOSE VIDEL DE MOURA CPF: 00007828578504
R. AMERICA 508 01 NOVA ESTACAO CEP: 69.908-970

RECEBIMOS DO ARRECADADOR DE ELETRICIDADE EM 16/06/2020
R\$ 152,13

JULHO/2020 13/08/2020 161 138,61

JOAO LUIZ MONTEIRO GUIMARAES
R. PERNAMBUCO 1131 ESCRITORIO BOSQUE
CPF: 00032373414449
CEP: 69.900-433 - RIO BRANCO

44037		22/07/2020
43876		24/06/2020
1,000		24/08/2020
161		21/07/2020
161	FCAM	22/07/2020
NORMAL	030	28

COMERCIAL BI 8026646 3.6.3.2 285

JUN/20	129	CONSUMO	161 A R\$ 0,826813 =	133,11
MAI/20	140	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		5,50
ABR/20	115			
MAR/20	254			
FEV/20	410			
JAN/20	101			
DEZ/19	371			
NOV/19	399			
OUT/19	358			
SET/19	433			
TARIFA SEM TRIBUTOS:				
@ A 161 - R\$ 8,569849				

5984.47C4.2055.8467.DC60.D256.E0A8.65EC

36,50		133,11
40,72	25,00%	
2,41		33,27
10,13	1,08%	1,44
41,35	4,99%	6,64

0,46 1,00 0,46
9,24 18,49 36,99 4,83 9,66 19,32 4,99
TANGARA 05/2020 52,90

ROT: 4.001.04.13.000910 SEQ.: 00310


0267139-5
138,61
07/2020
13/08/2020
008763878 - FCAM

RECIBO DO ARRECADADOR

PAGADOR: JOAO LUIZ MONTEIRO GUIMARAES CPF: 00032373414449
R. PERNAMBUCO 1131 ESCRITORIO BOSQUE CEP: 69.900-433

UC	Referencia	Data de Vencimento	Total a Pagar (R\$)
267139-5	JUL/2020	13/08/2020	R\$ 138,61

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

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/DUCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&LIDIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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 JOÃO LUIZ MONTEIRO GUIMARAES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 323.734.144 / 49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

EDSON VIDEL DE MOURA inscrito (a) no CPF sob o Nº 513.932.712 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EDSON VIDEL DE MOURA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 513.932.712 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA PERNAMBUCO</u>	Número: <u>113110</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>BOSQUE</u>	Cidade: <u>RIO BRANCO</u>	Estado: <u>ACRE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>69.900-433</u>	Tel. (DDD): _____

Local e Data: _____

João Luiz Monteiro Guimarães
Assinatura do Declarante

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 17/02/2020 Hora emissão: 15:15 Operador:
Nº da Ocorrência 2002030042	Qnt. Vítimas 1	DSH Inicio: 03/02/2020 13:38 DSH Término: 03/02/2020 13:34	Classificação de Risco: VERDE (BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: COLISÃO CARRO X MOTO	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante
End: R ANTONIO DA ROCHA VIANA
Bairro: *** SELEÇÃO ***
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Porto de Referência: EM FRENTE A DETRAN

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTO
Telefone do Solicitante: (68) 999329092
Queixa: CARRO X MOTO II

Origem da Ligação: VIA PÚBLICA

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: EDSON FIDEL DE MOURA	Idade: 43 ANOS	Sexo: MASCULINO
	Classificação	CNE	Documento
	Endereço		

AValiação NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: ANDRÉ LEONAM LOPES ISQUIERDO	Data/Hora: 03/02/2020 13:17
	Avaliação: EQUIPE NO LOCAL, PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO COM HISTÓRICO DE DESMAIO EM SEQUIDA, PORÉM JÁ ACORDADO, SUSPEITA DE FRATURA DE PUNHO D E REFERE DOR EM ÁREA DE CLAVÍCULA D. ACORDADO, CONTACTUANDO, RA 11010, FC 88 L, SAT O2 95% EM AMBIENTE.	
Vítima 1	Profissional: DULCILEIA NASCIMENTO DE SOUZA	Data/Hora: 03/02/2020 12:41
	Avaliação: COLISÃO COM 1 VÍTIMA AO SOLO, ACORDADO E COM DIFICULDADE DE MOVER O MEMBRO INFERIOR	

AValiação ESTRUTURADA**DECISÃO TÉCNICA**

Vítima 1	Profissional: SANDRA REGINA PRADO LOPES	Data/Hora: 03/02/2020 13:34	Situação: F
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA		
	Profissional: SANDRA REGINA PRADO LOPES	Data/Hora: 03/02/2020 13:34	Situação: F
	Destino: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RIO - HUERS		
	Profissional: SANDRA REGINA PRADO LOPES	Data/Hora: 03/02/2020 13:34	Situação: F
	Intercorrência		
	Observação		
Vítima 1	Profissional: ANDRÉ LEONAM LOPES ISQUIERDO	Data/Hora: 03/02/2020 13:18	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEICULO		
	Profissional: ANDRÉ LEONAM LOPES ISQUIERDO	Data/Hora: 03/02/2020 13:18	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: ANDRÉ LEONAM LOPES ISQUIERDO	Data/Hora: 03/02/2020 13:18	Situação: F
	Intercorrência: NÃO HOUVE INTERCORRÊNCIA		
	Observação		

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SPQ 1	Veículo: USD 06 R60	Data/Hora: Envio Equipe: 03/02/2020 12:43
	Di/Hr: Saída Base: 03/02/2020 12:48	Di/Hr: Chegada Local: 03/02/2020 13:02
	Di/Hr: Saída Local: 03/02/2020 13:28	Di/Hr: Chegada Destino: 03/02/2020 13:53
	Di/Hr: Saída Destino: 03/02/2020 13:33	Di/Hr: Chegada Base: 03/02/2020 13:34

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Elaborado pelo Profissional	Data/Hora	Origem	Destino
GEOVANE DOS SANTOS	03/02/2020 12:39		GEOVANE DOS SANTOS
GEOVANE DOS SANTOS	03/02/2020 12:40	GEOVANE DOS SANTOS	EM FILA
GEOVANE DOS SANTOS	03/02/2020 12:40	GEOVANE DOS SANTOS	EM FILA
DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	03/02/2020 12:42	DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	EM FILA
SANDRA REGINA PRADO LOPES	03/02/2020 12:42	SANDRA REGINA PRADO LOPES	EM FILA
ANDRÉ LEONAM LOPES RQUIERDO	03/02/2020 13:18	ANDRÉ LEONAM LOPES RQUIERDO	EM FILA

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

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As ____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

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

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As ____:

3/2/20 # 1026

Dra. Tamy Sáfia
Neurocirurgia
CRM-AC-1435

Paciente, 45 anos, fte ps
Quadrante gastrointestinal Abdominal,
+ fúrculo de reflexo em umbilico
Gua 15, umbilico + de umbilico
+ alt
em. Alta fin

Lote: 021495 Código: F08 4 202
SISTEMA DE FIX. OSSEA
SARTORI - LINEFIX
PUNHO/ALUM. T 150 - ESTERIL
Feb./10/2019 Val./09/2024
Registro Anvisa Nº 80883650031
Material ACO INOX/ALUMINIO

Sistema de Saúde - SESACRE

Unidade e Emergência de Rio Branco - HUERB

Lote: 032845 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
150 - ESTERIL
Feb./10/2019 Val./10/2024
Registro Anvisa Nº 80883650031
Material ACO INOX/ALUMINIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.961.623/0001-00 - Rio Claro - SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.961.623/0001-00 - Rio Claro - SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

CENTRO CIRURGICO

SALA

01

DATA 03.02.2020

NOME DO PACIENTE

Edson Vichel de Moura

10 45 anos

PROCEDÊNCIA EMERGÊNCIA

X

AMBULATORIO

OUTROS

ANESTESIA GERAL

X

RAQUEANESTESIA

LOCAL

OUTROS

INÍCIO DA ANESTESIA

16:30

TERMINO DA ANESTESIA

17:44

PROCEDIMENTO REALIZADO

Fixador de punho e 350.

INÍCIO DA CIRURGIA

16:49

TERMINO DA CIRURGIA

17:20

CIRURGIÃO

Dr. Marcelo Pimenta

AUXILIARES

Dr. Robinson Wesley

ANESTESISTA

Dr. Virginia T. Bruna

INSTRUMENTADOR

Flávia

CIRCULANTE

Elipson Gelo

ENF

Flávia José

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ALCOOL 70% 100ml	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA Sim
DORMINID	ASPIRADOR Sim	GAZES 100
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON 15 cm 1/2	GORRO
DILUENTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO 1	LUVA CIRÚRGICA 8,0
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
KEFLIN	CATETER NASAL TIPO OCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO 9,0mm
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI 93L
LIDOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA 1/4
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº 8,0 1	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA 10	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE
PAVULON	ELETRODOS 1	POVIDINE TINTURA
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO 1/2	PROPE 9
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO 80 cm 1	SCALP Nº
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPORON	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO 1	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO 1	FRALDA 16G	SERINGA DE 5 ML
TIOPIENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO 1	SERINGA DE 10 ML
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON 3,0 1	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MALEX

SINAIS VITAIS

HORÁRIO: 16:30	HORÁRIO: 17:00	HORÁRIO: 17:30
PA: 114x70mmHg	PA: 114x70mmHg	PA: 112x64mmHg
FC: 87 bpm	FC: 85 bpm	FC: 84 bpm
SPO2: 100%	SPO2: 100%	SPO2: 100%

HORÁRIO: 18:00	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Lote: 032848 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
350 - ESTERIL
Feb.: 21/10/2019 Val.: 10/2024
Registro Anvisa Nº 80893650031
Material ACO INOX/ALUMINIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - R. do Claro / SP
Tel.: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 021495 Código: F08 4 202
SISTEMA DE FIX. OSSEA
SARTORI - LINEFIX
PUNHO/ALUM. T 150 - ESTERIL
Feb.: 16/09/2019 Val.: 09/2024
Registro Anvisa Nº 80893650031
Material ACO INOX/ALUMINIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - R. do Claro / SP
Tel.: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

SEMPRE ORIGINAL

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE
Departamento de Assistência Médica Hospitalar
Unidade

RELATORIO
DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE:

Edson Videl

IDADE

45

OBSERVAÇÃO:

DIAGNÓSTICO

fx rádio distal ~~Ext~~ Dis + fx Olecrano E
+ lesão ~~anel~~ pelvica

CIRURGIA PROPOSTA

Fix externa rádio e bacia

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

O mesmo

CIRURGIA REALIZADA

A proposta

DATA

03/2/2020

CIRURGIÃO

Dr Marcelo

1º AUXILIAR

Dr Roberto

2º AUXILIAR

Dr Wesley

INSTRUMENTADOR (A)

ANESTESISTA

Dr Bruno / Dr Virgínia

ANESTESIA

Geral

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO

() SIM

☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO

() SIM

☒ NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

☒ ENFERMARIA

() CT

() RESIDÊNCIA

() ÓBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

① pte em DTH

② Assepsia + antisepsia + calos

Dr. Marcelo Pimenta
Ortopedia e Traumatologia
CRM 110.110 - AC

- (3) mini incisão em quel pêluto
- (4) colocação de fios Shenzs sob escar
- (5) fechamento pelos pontos mais
- (6) colocação de fixador de furos dir
sob incisão
- (7) 1 - peça exclusiva com SFOY
- (8) sutura
- (9) tela no MSE

Dr. Marcelo Pimenta
Osteodent Traumatologia
CRM 17914-AC

COPIA ORIGINAL

—G—G—

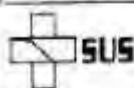
Reg. Definitivo....: 103463
Numero do CNS.....: 701106847905680
Nome.....: EDSON VIDEL DE MOURA
Documento.....: NT Tipo :
Data de Nascimento: 30/04/1974 Idade: 45 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: JOSE VIDEL DE MOURA
Nome da Mae.....: JULIETA MARIA DE MOURA
Endereco.....: RUA AMERICA 508
Bairro.....: NOVA ESTACAO Cep.: 69900-000
Telefone.....: 3227.1011 CASA
Município.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNAÇÃO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2698865
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: 999.0087
Data da Internacao: 03/02/2020
Hora da Internacao: 14:00
Medico Solicitante: 587.283.842-53 - RONDSON DO VALE
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: MARIZETE

Proc.Realizado:
Dt.Hr Saída:
Especialidade:
Tipo de Saída:
CID Principal:
CID Secundário:
Principal:
Secundário:
Outro: 22

328131894



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

6 - N° DO PRONTUÁRIO

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Resente dor forte de abdome (D) + Fe/Lx de pâncreas (medico dental)
D - dispneia de repouso, rubor po, aumento de peso recente
Um resente de dor abdominal
apresenta também Fe/Lx de abdome de dor (D)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Intensidade de dor

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico + Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ/EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

005-

MEMO 206

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

digitado e impresso em: 04/02/2020 às 09:14:44



REGISTRO

PACIENTE

EDSON VIDAL MOURA

IDADE

45

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

206

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

<p>DI: 03/02/20</p> <p>FRATURA EXPOSTA DE RADIO DISTAL VDI REITO</p>	<p>1. DIETA LIVRE <i>SN</i></p> <p>2. SRL 500ML IV 12/12H <i>10/12</i></p> <p>3. DIFIRONA 1 GR EV DILUIDO 6/6H <i>10/12</i></p> <p>4. TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 HRS SN <i>24-16</i></p> <p>5. PLASIL 10 MG EV 8/8 HRS S/N</p> <p>6. SINAIS VITAIS 4/4H</p> <p>7. CUIDADOS GERÁIS</p> <p>8. CEFALOTINA 1G IV 6/6H <i>10/12</i></p> <p>9. <i>Quetiapina (100mg) 12/12h</i></p> <p>10. <i>Comprimido de 100mg 1x ao dia</i></p> <p><i>pt. Presen. de 27cm</i></p> <p><i>10</i></p>	<p>SAME / HUEB</p> <p>CÓPIA</p> <p>CONFORME ORIGINAL</p>	<p>- 02:00 - Clínicamente bem, adquire corar-mucoso, hidratado, reativo, reagido em</p> <p>Maria Helena Téc. Enf. AC COREN: 480.510</p> <p>com sempre -</p> <p>Maria Helena Téc. Enf. AC COREN: 480.510</p> <p>com sempre -</p> <p>Maria Helena Téc. Enf. AC COREN: 480.510</p>
--	---	--	---

Francisley Freitas
Otopedista
CRM/AC 751 RQE 79



140 at 01:55:39

05/02/2020

HUEB

PACIENTE

EDSON VIDAL MOURA

45

CLÍNICA -
CMCB -

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

206

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI: 03/02/20

FRATURA EXPOSTA DE RADIO DISTAL
VDIRENTO

D. MARCELO PIMENTA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 1791/AC
MEDICO VISITADOR

1. DIETA LIVRE 5ND
2. SRL 500ML IV 12/12H
3. DIPIRONA 1 GR EV DILUIDO 66/H
4. TTMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 HRS SN 7
5. PLASIL 10 MG EV 8/8 HRS S/N
6. SINAIS VITAIS 4/4H
7. CUIDADOS GERAIS

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

digitado e impresso em: 07/02/2020 às 10:56:14

HUEB

REGISTRO

PACIENTE

EDSON VIDAL MOURA

IDADE

45

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

206

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI 03/02/20	1. DIETA LIVRE <i>544</i> 2. SRL 500ML IV 12/12H <i>10/2/20</i> 3. DIPIRONA 1 GR EV DILUIDO 8/8H <i>10/6/20</i> 4. TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 HRS SN 5. PLASIL 10 MG EV 8/8 HRS SN 6. SINAIS VITAIS 4/4H 7. CUIDADOS GERAIS 8. CEFALOTINA 1G IV 6/6H <i>10/6/20</i> 9. CLEXANE 40 MG SC UMA VEZ <i>10</i> 10. CLONAZEPAM 0,5MG A NOITE	<p>SAME / HUEB COPIA CONFIRMAR ORIGINAL</p> <p><i>Do 07.02.2020 a 08.02.2020</i> <i>Realizado no leito, com</i> <i>avaliação de estado clínico</i> <i>estável, com dieta líquida</i> <i>com 100ml de água e</i> <i>suco de laranja e leite</i> <i>de vaca. Paciente</i> <i>com sinais vitais</i> <i>estáveis, com</i> <i>pressão arterial</i> <i>de 110/70 mmHg, com</i> <i>taxa de saturação</i> <i>de 98% em</i> <i>oxigênio</i> <i>por via</i> <i>nasal. Paciente</i> <i>com</i> <i>estado</i> <i>estável.</i></p>
FRATURA EXPOSTA DE RADIO DISTAL DIREITO + FRATURA DE CLAVICULA DIREITA + FRATURA DE OLECRANO ESQUEURDO + DISJUNÇÃO DE SINISE PUBLICA PRE AG PARA DIA 10 E 11 HC DR FRANCIS E DR ROMEIRO BEG. COM DOR LEVE A MOD DR NELSON MARQUEZINE CRM - 735/AC MEDICO VISITADOR		



REGISTRO

PACIENTE

EDSON VIDAL MOURA

IDADE

45

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

206

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI: 03/02/20

RATURA EXPOSTA DE RADIO DISTAL
DIREITO + FRATURA DE CLAVICULA
DIREITA + FRATURA DE OLECRANO
ESQUEURDO + DISJUNÇÃO DE SINFISE
PUBICA

PRE AG PARA DIA 10 E 11
HC, DR FRANCIS E DR RONEIDO
BEG, COM DOR LEVE A MOD.

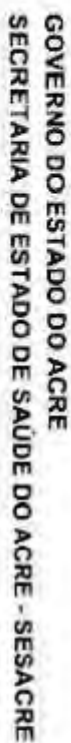
1. DIETA LIVRE *5 N 0*
2. SRL 500ML IV 12/12H *10 11 12*
3. DIPIRONA 1 GR EV DILUIDO 6/6H *10 11 12*
4. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML EV 8/8 HRS SN *10 11 12*
5. PLASIL 10 MG EV 8/8 HRS SN *10 11 12*
6. SINAS VITAIS 4/4H 10 11 12 22 24 *10 11 12*
7. CUIDADOS GERAIS *✓*
8. CEFALOTINA 1G IV 6/6H *10 11 12 22 24*
9. CLEXANE 40 MG SC UMA VEZ *10 11 12*
10. CLONAZEPAM 0.5MG A NOITE *10 11 12*

*Abstrato de
Análise de
MMS e de
Análise de
Análise de*

*12/02/2020
10:11:12
10:11:12
10:11:12*

*SAME / 11/02/20
CONFORME ORIGINAL*

*8.00h ao 17.00h na
tinha tórax
devido a
do local de
+ sempre
fidelidade
curatido no
uso = 10.00 + 10.00
paciente com + 10.00
10.00 no
10.00*



digitado e impresso em: 09/02/2020 às 08:20:25



PACIENTE

EDSON VIDAL MOURA

IDADE

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

206

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI: 03/02/20 FRATURA EXPOSTA DE RADIO DISTAL DIREITO + FRATURA DE CLAVICULA DIREITA + FRATURA DE OLECRANO ESQUEURDO + DISJUNÇÃO DE SINFISE PUBICA PRÉ AG PARA DIA 10 E 11 HC DR FRANCIS E DR RONEIDO BEG, COM DOR LEVE A MOD. DR MARCELO PIMENTA, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - 1791/AO MEDICO VISITADOR	1. DIETA LIVRE S.N.B 2. SRL 500ML IV 12/12H 10 22 3. DIPIRONA 1 GR EV DILUIDO 6/6H 16 16 22 24 4. TRAMAL 100 MG + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 HRS SN 5. PLASIL 10 MG EV 8/8 HRS S/N 6. SINAS VITAIS 4/4H ✓ 7. CUIDADOS GERAIS ✓ 8. CEFALOTINA 1G IV 6/6H 16 16 22 24 9. CLEXANE 40 MG SC UMA VEZ 16 10. CLONAZEPAM 0,5MG A NOITE 22 # Alto pressão arterial JPH	SAME / NUBER CÓPIA CONFORME ORIGINAL	Absorção medicamentosa está boa e comunicada via telefônica ao médico responsável pelo caso. Evolução satisfatória com melhora da dor e mobilidade. Não há sinais de infecção ou complicações. Continuar observando o paciente e manter a medicação prescrita.



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUEB



FICHA DE ANESTESIA

Paciente:	EDSON VASCO		Idade:	45	Sexo:	M	Cor:		Registro / BE	
Setor proc:	<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> PSI	<input type="checkbox"/> CCA	<input type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CMB	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> UTI		
Allura	Peso: 276	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (l/rpm)	Tax (°C)	Sal O ₂ (%)	Grupo Sgneo:	Fator Rh		
Hm:	Ht:	Hb	Leuco	Glicose	Ureia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TGP		
Diagnóstico Pré-Operatório:	FRACTURA OMB. HUM. D - FRACTURA BIL. OMB. D									
Ap. Resp.	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Bronquite	MV:	ECG			Alegrias:		Complacência:	
ACV:					Pescoco:			Peças Dent.		
Ap. Digestivo/Dentes					Drogas em Uso:					
Ap. Urinário:										
Estado Mental:	LÓT									
Anestésias Anteriores					ASA <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>			Risco		
Medicação Pré-anestésica	N				Hora			Efeto:		
HORA:	10:30									
GASES	O ₂	NO ₂								
HALOG										
LÍQUIDOS	WSE (150ml) (150ml)									
SÍMBOLOS	SpO ₂ 98% 100% 100% 100%									
V Pressão Arterial / O Pulso / X Anestesia / O Cirurgia	180/120 180/120 180/120 180/120									
DROGAS ADMINISTRADAS			Técnica: D. M. V. S. R. A. + D. M. V. S. R. A.				Monitorização: 1 CH / 1 D. M. V. S. R. A.			
1º	D. M. V. S. R. A.		Cirurgia: F. S. A. D. O. R. (C. M. V. D. D. M. V. S. R. A.)				Ap. Resp.:			
2º	D. M. V. S. R. A.		Cirurgião/Auxiliar: D. M. V. S. R. A.				Ap. CV:			
3º	D. M. V. S. R. A.		OBS: Não, plano bilateral Logentol							
4º	D. M. V. S. R. A.									
5º	D. M. V. S. R. A.									
6º	D. M. V. S. R. A.									
7º	D. M. V. S. R. A.									
8º	D. M. V. S. R. A.									
9º	D. M. V. S. R. A.									
10º	D. M. V. S. R. A.									

 J.V. NOGUEIRA IMP E EXP LTDA

PEDIDO

68 - 3223-552 / 9.9985-3305

QUANT.	DESCRIÇÃO	ITEM	LOTE	PREGÃO	V. UNIT.	V. TOTAL
01	Fixador Externo 350mm.	84	XV	012	387,50	387,50
01	Fixador Externo punho -	85	XV	012	150,00	150,00
	200047357.					

CONFORME ORIGINAL

Robson de Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1903 / RQE 764

VALOR TOTAL R\$

#534.50#



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

NOME: Edison Videl de Paula

IDADE: 45 ANOS 03/03/2020 14:30

RELATÓRIO ABDOMINAL

Fígado: N

Vesícula Biliar: N

Pâncreas: N

Rins: N

Aorta: N

SANE Y HUERB

COPIA

CONFORME ORIGINAL

Baço: N

Bexiga: N

Sem líquido livre na cavidade
de abdominal, no momento de

Conclusão:

travese

vide laudo

Dr. Miguel



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO

RISCO CARDIOLÓGICO DE ACORDO COM ACP (American College of Physicians)

NOME:

Edson Vidal de Azevedo

IDADE: 45 ANOS

- | | | | |
|---|--------------|---------|---------|
| • | HAS | () SIM | NÃO (X) |
| • | DIABETES | () SIM | NÃO (X) |
| • | ANGINA | () SIM | NÃO (X) |
| • | IAM PRÉVIO | () SIM | NÃO (X) |
| • | AVE | () SIM | NÃO (X) |
| • | EAP | () SIM | NÃO (X) |
| • | DAC FAMILIAR | (X) SIM | NÃO () |

EXAMES LABORATORIAIS: HB: 11,40 LEUCO: 9.500 UR: 43 CREA: 1 INR: 1 COAG: -

EXAME FÍSICO: AC: B.O. 27°C S.S.A. AP: MUYA S.R.A.

ECG: R-7,88 bpm mo

RAIO X TÓRAX: área cardíaca normal

ECOCARDIOGRAMA: () SIM

(X) NÃO

AO:

AE:

VE:

SPTQ:

FE:

SAMI / TUBERB

paciente assintomático da parte psicológica

CONFIRME ORIGINAL

RISCO CARDIOLÓGICO DE ACORDO ACP: (X) BAIXO () MODERADO () ALTO

DR. RODRIGO GONÇALVES DE AZEVEDO
CARDIOLOGIA
CRM/AC:1574

RBR/AC, 09/02/2020

Dr. Rodrigo G. de Azevedo
Cardiologia
CRM/AC 1574

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69908620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: EDSON VIDEL DE MOURA (EME)
Requisicao: 20.PC.2.000106
Num. do BE: 02698865

Idade.: 45A
Requis.: 09/02/2020

US. Origem.: HUERB/PS
Solicitante: MARIA LUCIANA DE ASSIS SANTOS

Cons. Regional: 2258

Setor.: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemácias (em milhões)	3.90	mm3	VR: H:4.2 a 5.4 M:4 a 5 milhões/mm3
Hemoglobina	11.40	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematócrito	32.00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM	81.20	fL	VR: 78 a 106 fL
HCM	29.20	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM	35.10	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global	9.500	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basófilos	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto	0	mm3	
Eosinófilos	2	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto	190	mm3	
Mielócitos	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto	0	mm3	
Metamielócitos	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto	0	%	
Neutrófilos	1	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto	95	mm3	
Segmentados	70	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto	6.650	mm3	
Linfócitos	21	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto	1.995	mm3	
Monócitos	6	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto	570	mm3	
Plaquetas	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto	0	mm3	
Observação			

DE VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
BAO PARA PACIENTES ADULTOS

CONFORTO ORIGINAL

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 09/02/20 as 18:03 Coleta: 09/02/20 as 17:36-1a Via Impressa: 09/02/20

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultado: 235.000 /mm3 VR: 150 a 400.000 / mm3

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 09/02/20 as 18:03 Coleta: 09/02/20 as 17:36-1a Via Impressa: 09/02/20

HUERB
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: EDSON VIDAL

ID paciente:

ID amost:

44

Data nascimento:

Idade:

0 Ano

Cód barra: 2000106

Tipo de amostra:

Soro

Sexo: Masc

Data da coleta:

09/02/2020

Depart.:

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
URE	43	mg/dL		10 - 50
CRE	1.0	mg/dL		0.7 - 1.2

Data/Hora solicitação: 09/02/2020

Data/Hora teste: 09/02/2020

Data/Hora impr.:

09/02/2020 17:47:04

Testador:

Revisor:

Eliana S. Ferreira Saraiva
Biomédica
CREM 778/PA

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

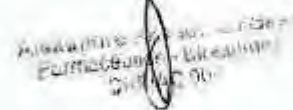
**HUERB
PATOLOGIA CLINICA**AV. RACÕES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69908620 - Tel. 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24Paciente.: EDSON VIDEL DE MOURA (EME)
Requisicao: 20.PC.2.000106
Num. do BE: 02698865Idade.: 45A
Requis.: 09/02/2020US. Origem.: HUERB/PS
Solicitante: MARIA LUCIANA DE ASSIS SANTOS

Cons. Regional: 2258

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
TEMPO E ATIVIDADE PROTROMBINA**Amostra: Plasma**

Metodologia:	Quick		
Tempo de Protrombina:	13	Segundo	VALOR NORMAL 13,0
Atividade Protrombina:	100	%	VR: 100 %
INR:	1		

Liberado por: ELIANA DA SILVA F SARAIVA - CRM 778/PA 09/02/20 às 18:28 Coleta: 09/02/20 às 17:36-1a. Via Impressa: 09/02/20



Assinado por: ELIANA DA SILVA F SARAIVA
Formação: Medicina
Data: 09/02/20

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Freq	88	QT	343	--ELINO--
PR	142	QTc	415	P
QRSD	76			QRS
				T
				33

..... INTERPRETAÇÕES:
 Unconfirmed Diagnosis

. Idade não registrada, considerada 50 anos para fins de interpretação de ECG

. Ritmo sinusal
 eixo P normal, freq V 50-99

Edson Vidal da Moura

nr. 1650

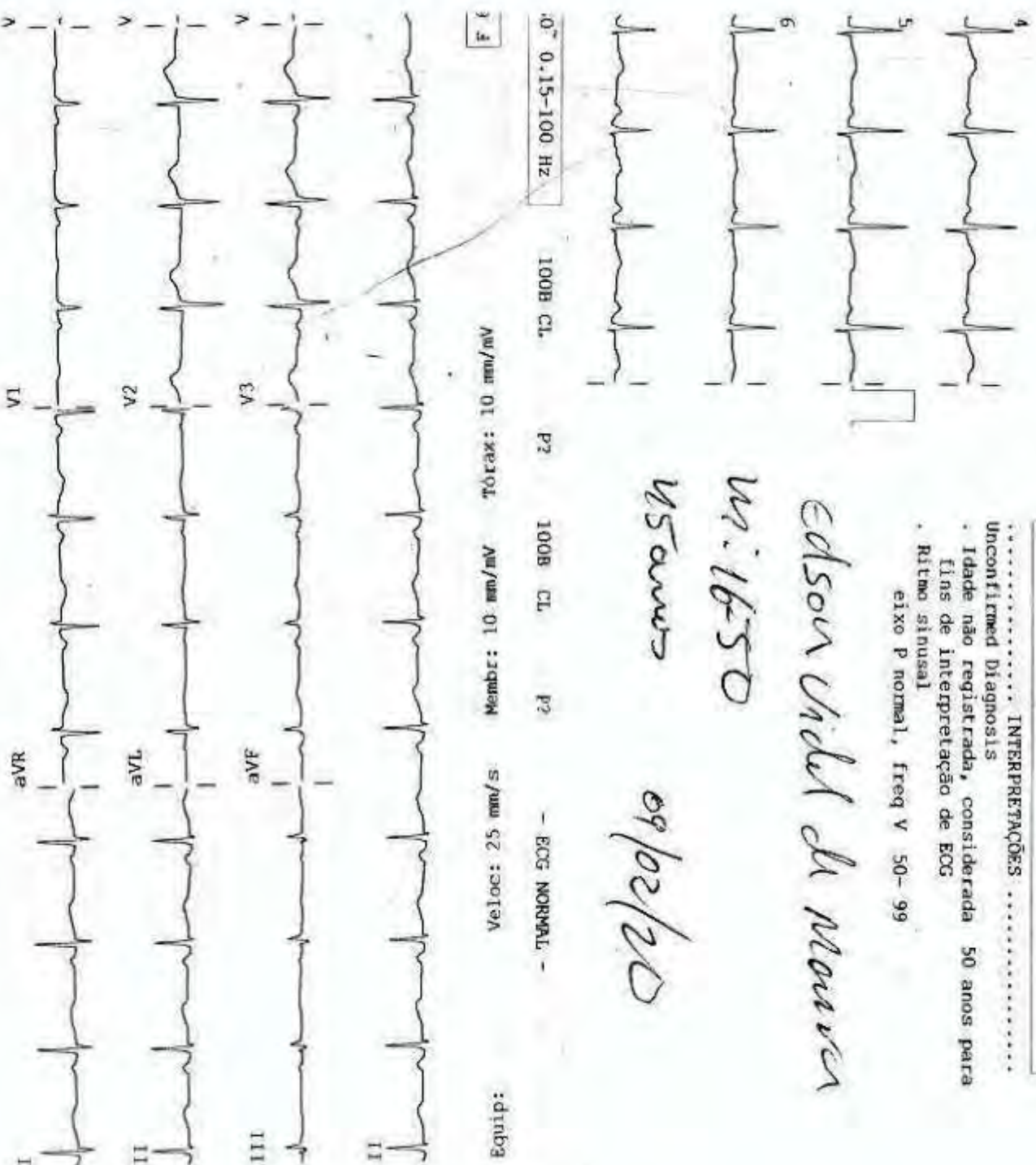
USaurus

09/02/20

SAME / HUEB

CDT16

CONF





Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor em punho (D) + dor no (D) + Dor no (D) +
coluna (D)

História da Doença Atual: Fadiga (D) + febre (D) + dor no
punho (D) + dor no (D) + dor no (D) + dor no (D)

História da Doença Anterior: nenhuma

Exame Físico: nenhuma

Diagnóstico Provisório: nenhuma

Diagnóstico Definitivo: Poliomielite

Motivo da Cobrança: 12

11-ALTA CURA
12-ALTA MELHORADA
13-ALTA INALTERADA
14-ALTA PEDIDO
15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
16-ALTA ADMINISTRATIVA
17-ALTA POR INDISCIPLINA
18-ALTA POR EVASÃO
19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
24-POR DOENÇA CRÔNICA
25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLÓGICA
32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC. NASC.

51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERN.
52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERN.
53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERN.
54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS. DA PRIMEIRA CIRURGIA
62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 À 48 HS. APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 À 72 HS. APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS. APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS.
66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 HS. À 48 HS. APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS. À 72 HS. APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS. APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM NASCIDO

HOSPITAL DAS CLINICAS DO AER

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 317444

Nome.....: EDSON VIDEL DE MOURA

Documento....: 222586

Tipo: IDENTIDADE

Nascimento....: 30/04/1974

Estado Civil.:

Idade.....: 45 - ANOS

Cor:

Sexo.....: MASCULINO

Responsavel...: O MESMO

Nome da Mae...: JULIETA MARIA DE MOURA

Endereco.....: RUA AMERICA,00508 CEP: 99999.999

Telefone.....: 000000032271011

Bairro.....: NOVA ESTACAO

Município.....: 1200401 - RIO BRANCO - AC

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade.: BAHIA

Cadastramento: 17/10/2012

CONFERE COM ORIGINAL

Carla
Responsável

03.08.20

Data 29/10/19 ^{Pre-consulta}
P 93,6 Kg
A 1,68 Cm
PA 120 180 mmHg

Paciente relata dor no coração,
não fuma, não DM, HAS

Solicito: Teste ergométrico

Elétrico
ECG

Dra. Janaina rei.
Cardiologista
CRM 9247

Data 29/10/19 ♥

Peso 92

Altura 1,68 Cm

PA 120 180 mmHg

exames normais
Ata do Amb. Cardio

medicação: Propranolol 40mg

[Assinatura]

19/02/20 Ambulatório da mão Dr. Francis Kashima

Dt. 03/04/20 # - Fx de clavícula direita

Dt. 10/02/20 - Fx de rádio distal Direita.

- Fx de Ulnarum Esquerdo

União do Anel pélvico (unir com Dr. Ronaldo 11/02/20)

Paciente comparece na consulta de ambulatório referindo queixas de eliminação de secreção em clavícula direita (F).

Ex Físico: - Clavícula Direita, F.O hiperúmico, sem eliminação de secreção a inspeção.

- Punho Direito F.O limpo e seco sem sinais flogísticos, edema +/4+, Neuro perfusão ok.

- Cotovelo: F.O limpo e seco sem sinais flogísticos, edema +/4+, FLEX/EXT: 10° a 90°

RX = Sintar Normoparacitonas.

conduta: 1) FST. cotovelo Esquerdo.

2) Retirar os pontos em punho Direito, Esquerdo

3) RX de controle a retorno em 30 dias

4) Corrigir medicações.

5) Laudo médico.



Dr. Francisco S. Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2217

17/03/2020 - MAI:

2 meses PO.

Rx free melhora secreção da Clavícula.

Aus dor a palpação do foc.

Ax clavícula ⊕, pulso ⊕ + obcecos ⊕.

OK: Retirada dos fK pulso ⊕ / f. cur.

Ho em 02 meses

Dr. Francis Kashima
Ortopedia - RQE 173
Clavícula - RQE 191
CRM 74574

317,444

HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE
=====

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 317444
Nome.....: EDSON VIDEL DE MOURA
Documento.....: 222586 Tipo: IDENTIDADE
Nascimento....: 30/04/1974
Estado Civil.:
Idade.....: 45 - ANOS Cor:
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel...: O MESMO
Nome da Mae...: JULIETA MARIA DE MOURA
Endereco.....: RUA AMERICA,00508 CEP: 99999.999
Telefone.....: 000000032271011
Bairro.....: NOVA ESTACAO
Município....: 1200401 - RIO BRANCO - AC
Nacionalidade: BRASILEIRO
Naturalidade.: BAHIA
Cadastramento: 17/10/2012



27/05/2020

♂ 46 anos

DT: 03/02/2020

DC: 19/02/2020

Ambulatorio Aquasil
(Dr. Ronaldo)

Lesões nos pés

CD: ortossintese.

Paciente refere dor nos pés, marcha claudicante.

Rx controle: Parapneumotórax.
Placas Parapneumotórax.

CD: - Fisioterapia

- Fortalecimento muscular

- Retorno em 60 dias





HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

PRONTUÁRIO DE AMBULATÓRIO

Nome: Edson Vidal de Moura Nº Registro: 317.444

Data Nas: 32 07 74 Sexo: _____ Estado Civil: _____

End: _____

Naturalidade: _____ Profissão: _____

Nome e Endereço do Responsável: _____

DATA	ANOTAÇÕES
25/03/2020	ORTOTOMIA: C.R. Fm rum catovelo PO H catovelo 610 (DC 05/05/2020) Ch Rx
29/04/2020	Francisco Reis Ortopedista CRM/AC 11.106.294 Re: OK COEFIST CONFERE COM ORIGINAL 03/05/20 7 Responsável
27/07/2020	Francisco Reis Ortopedista CRM/AC 11.106.294 NÃO FEZ FISIOTERAPIA Re: PO consolidada FIST Francisco Reis Ortopedista CRM/AC 11.106.294

Im Banco



Topo Imprimir

Vagas de Retorno Solicitadas:	1
Vagas de 1ª Vez Consumidas:	0
Vagas de Retorno Consumidas:	0
Vagas de Reserva Consumidas:	9
Solicitações Confirmadas:	0
Solicitações Pendentes:	9
Solicitações com Falta:	0
Total de solicitações:	9

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA - AC

RELATÓRIO DE ALTA

NOME: Edson Vieira

AO AMBULATÓRIO EM 15 DIAS

Dr. Rovano

DT 3/2/20

DC 12/02/20

DIAGNÓSTICO LESÃO DE ANEL

per via + fx clavo/nao
decano.

CONDUTA OSBO 2500

CUIDADOS GERAIS.

☒ COMPARECER AO AMBULATÓRIO, NA FUNDHACRE COM
RXs EM MÃOS BACIA AP/INLET/OUTLET

☒ FAZER CURATIVO DIARIAMENTE.

☒ USAR TALA () USAR GESSO ☒ USAR TIPÓLA

☒ NÃO PISAR

☒ FAZER USO DAS MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO

☒ MOVIMENTAR ARTICULAÇÕES, EXCETO punho 17

☒ RETIRAR PONTOS EM 15 DIAS, SE FERIDA LIMPA E SECA

☒ Toma XANETO

AGENDAMENTO

() PS - REGULAÇÃO DE LEITOS ☒ FUNDHACRE

Rio Branco-AC: 13/2/20



Imprimir

Topo

Vagas de 1ª vez Consumidas: 0
Vagas de Retorno Consumidas: 0
Vagas de Reserva Consumidas: 9
Solicitações Confirmadas: 0
Solicitações Pendentes: 9
Solicitações com Falta: 0
Total de solicitações: 9

Am Brunes.



RECEITUÁRIO MÉDICO

LAUDO

PACIENTE:

Atento para os dados fornecidos Sr. EDSON VIDAL DE MOURA sofreu acidente de trânsito no dia 03/02/2022 apresentando FRATURA DE CLAVÍCULA (D), FRATURA RADIO DISTAL (D), FRATURA-OLECRANON (E) e Lesão do Anel Pélvico. Foi submetido a cirurgia campidica com osteossíntese com placa na clavícula (D), NO RADIO DISTAL (D), SINTISE pública; BANDA DE TENSÃO NO OLECRANON E e PARAFUSO SACROILIACO ESQUERDA. Evolui com limitação funcional ombro (D), PUNHO (D), cotovelo (E), região do Anel Pélvico. Por tanto é portador de sequelas definitivas NO MSD em 75%, NO MSES e NA REGIÃO PÉLVICA 50%. e de alta médica.

DATA: 31 / 7 / 2022


José L. Silverio C.
Médico Ortopedista

CRM 483 - AC
ASSINATURA DO PROFISSIONAL

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE - CNPJ: 04.039.178.0001/05
RUA ALVORADA, Nº 54 BOSQUE - RIO BRANCO - ACRE
CEP: 69.900-664 - FONE: 3223-4608



JOAO LUIS MONTEIRO GUIMARAES



DOC. IDENTIDADE / CPG. EMISSÃO / UF
594496 SEP RN

CPF 333.734.164-49 DATA NASCIMENTO 01/04/1961

PRACADO
CELIO FERREIRA
GUIMARAES
MARIA DE LOURDES
MONTEIRO GUIMARAES

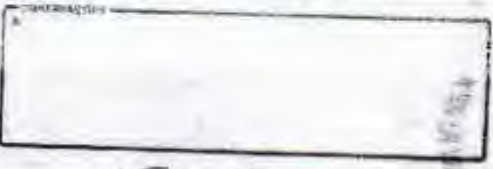
FORMIGAS
ACRE
CAT. HAB. AD

Nº REGISTRO 01742669026 VALIDADE 01/03/2022 EXPIRAÇÃO 03/07/2026

1417300024



1417300024



João Luis Monteiro

ASSINATURA DO TITULAR

RIO BRANCO - ACRE DATA EMISSÃO 06/03/2017

João Luis Monteiro

ASSINATURA DO TITULAR

80735929606
AC607347546

ACRE

323 707 144 110

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200296039

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDSON VIDEL DE MOURA

Data do acidente: 03/02/2020

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Vítima de acidente de moto x carro.
Fratura de clavícula direita.
Fratura de Radio Distal direito.
Fratura do olecrano esquerdo.
Lesão do Anel Pélvico .

Descrição do exame físico: Apresenta-se a perícia em bom estado geral, fala e pensamento flui normalmente, cognição preservada.
Deambulação:
Deambulação com claudicação de grau moderado, fazendo uso de bengala.
Ombro direito :
Ombro Direito sendo que consegue realizar movimentos ativos de Flexão que chega até 150 graus, extensão 30 graus , adução 30 graus , abdução 150 graus, rotação externa 70 graus e rotação interna de 70graus.
aumento de volume e deformidade do ombro direito,com cicatriz cirúrgica .
Punho direito:
Cicatriz cirúrgica na face anterior distal de antebraço direito e punho direito.
Punho Direito com aumento de volume (perimetria 20,5cm em comparação com o punho esquerdo em 19cm)
sendo que o mesmo consegue realizar movimentos ativos de flexão que chega até 70 graus, extensão 70 graus , desvio ulnar 30 graus (45 graus) e desvio radial 10 graus.
Cotovelo esquerdo:
Cicatriz cirúrgica na face posterior do cotovelo esquerdo.
Cotovelo Esquerdo com aumento de volume e deformidade (perimetria 32,5cm e comparação com o cotovelo direito com 30cm) sendo que consegue realizar movimentos ativos de Flexão que chega até 90 graus e extensão 10 graus .
Região pelvica ,dor crônico que piora com a flexão do quadril esquerdo,com leve limitação funcional devido a dor..

Resultados terapêuticos: Vítima foi submetido a tratamento cirúrgico para osteossíntese com placas na fratura da clavícula direita e no radio distal direito;Banda de tensão no olecrano esquerdo e parafusos sacroilíacos esquerdos.
Após alta hospitalar, iniciou seguimento ambulatorial por 6 meses, não fez as sessões de fisioterapia(por motivos pessoais).Não houve complicações .
Apresenta consolidação das lesões com necessidade de fisioterapia ainda. .
Alta definitiva sem data específica (informado pelo paciente, sem comprovação documental/ relatório médico assistente).

Sequelas permanentes: Tratamento concluído com lesão consolidada sendo que há dano funcional

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/08/2020

Conduta mantida:

Observações: Conforme descrição do médico examinador há dano funcional moderado em quadril à esquerda, moderada em cotovelo esquerdo e moderada em membro superior direito

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 membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

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 dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			60 %	R\$ 8.100,00

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200296039

Nome do(a) Examinado(a): EDSON VIDEL DE MOURA

Endereço do(a) Examinado(a): R AMERICA, 508 - RIO BRANCO/AC - CEP 69908-970

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 222586

Data e Local do Acidente : 03/02/2020

Data e Local do Exame : 27/08/2020 Rua Minas Gerais número 858 Bairro : prevector - CEP 69900-129

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Vítima de acidente de moto x carro.

Fratura de clavícula direita.

Fratura de Radio Distal direito.

Fratura do olecrano esquerdo.

Lesão do Anel Pélvico .

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

Vítima foi submetido a tratamento cirúrgico para osteossíntese com placas na fratura da clavícula direita e no radio distal direito; Banda de tensão no olecrano esquerdo e parafusos sacroiliacos esquerdos.

Após alta hospitalar, iniciou seguimento ambulatorial por 6 meses, não fez as sessões de fisioterapia (por motivos pessoais). Não houve complicações .

Apresenta consolidação das lesões com necessidade de fisioterapia ainda. .

Alta definitiva sem data específica (informado pelo paciente, sem comprovação documental/ relatório médico assistente).

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

Apresenta-se a perícia em bom estado geral, fala e pensamento fluí normalmente, cognição preservada.

Deambulação:

Deambulação com claudicação de grau moderado, fazendo uso de bengala.

Ombro direito :

Ombro Direito sendo que consegue realizar movimentos ativos de Flexão que chega até 150 graus, extensão 30 graus , adução 30 graus , abdução 150 graus, rotação externa 70 graus e rotação interna de 70 graus.

aumento de volume e deformidade do ombro direito, com cicatriz cirúrgica .

Punho direito:

Cicatriz cirúrgica na face anterior distal de antebraço direito e punho direito.

Punho Direito com aumento de volume (perimetria 20,5cm em comparação com o punho esquerdo em 19cm)

sendo que o mesmo consegue realizar movimentos ativos de flexão que chega até 70 graus, extensão 70 graus , desvio ulnar 30 graus (45 graus) e desvio radial 10 graus.

Cotovelo esquerdo:

Cicatriz cirúrgica na face posterior do cotovelo esquerdo.

Cotovelo Esquerdo com aumento de volume e deformidade (perimetria 32,5cm e comparação com o cotovelo direito com 30cm) sendo que consegue realizar movimentos ativos de Flexão que chega até 90 graus e extensão 10 graus .

Região pelvica ,dor crônico que piora com a flexão do quadril esquerdo,com leve limitação funcional devido a dor..

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

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

Tratamento concluído com lesão consolidada sendo que há dano funcional em grau moderado (50%) do MSE insusceptível de reabilitação.

Tratamento concluído com lesão consolidada sendo que há dano funcional em grau intenso (75%) do MSD insusceptível de reabilitação.

Tratamento concluído com lesão consolidada sendo que há dano funcional em grau moderado (50%) da região pelvica, insusceptível de reabilitação.

VII. Segundo 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 (*).

Vide motivo do impedimento 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

MSD

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

MSE

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

REGIÃO PELVICA

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% 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 a valoração do dano corporal.



Beisabeth Sanchez perez CRM : 2140 / UF :AC

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0232191/20

Vítima: EDSON VIDEL DE MOURA

CPF: 513.932.712-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDSON VIDEL DE MOURA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOAO LUIZ MONTEIRO GUIMARAES : 323.734.144-49

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EDSON VIDEL DE MOURA : 513.932.712-00

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: 18/08/2020
Nome: JOAO LUIZ MONTEIRO GUIMARAES
CPF: 323.734.144-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/08/2020
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

JOAO LUIZ MONTEIRO GUIMARAES

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA