



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

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

Dados Básicos

Foro:	Rio Branco
Processo:	07091401520208010001
Classe do Processo:	Petição
Data/Hora:	02/12/2020 16:07:14

Partes

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

Documentos

Petição:	2770913_CONTESTACAO_0 1 - 1-11.pdf
Anexo - Petição:	2770913_CONTESTACAO_A nexo_02 - 1-14.pdf
Anexo - Petição:	2770913_CONTESTACAO_A nexo_02 - 15-23.pdf
Anexo - Petição:	2770913_CONTESTACAO_A nexo_02 - 24-26.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: 07091401520208010001

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 **VALMIR ALVES DOS SANTOS**, 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 **04/09/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **13/09/2019**.

Com base no próprio laudo pericial acostado, verifica-se que a pagamento realizado na esfera administrativa encontra-se acordo com percentual indenizável para as lesões suportadas.

Utilizando-se adequação legal do estipulado na avaliação médica juntada pelo autor, verifica-se que o percentual indenizável é de: **75% (grau intenso) de OMBRO DIREITO**, de acordo com a tabela anexa da Lei 11.945/09.

Assim, a aludida lesão corresponde exatamente ao valor pago administrativamente de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), portanto, não havendo de se falar em qualquer complementação.

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

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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, 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:

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 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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve 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 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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, após a parte ser submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, realizou-se o referido pagamento.

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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), 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

Conforme se depreende dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **04/09/2019**.

Ademais, em sede administrativa a vítima foi submetida a avaliação médica realizada por dois profissionais especializados, sendo um na figura de revisor, e, após detida avaliação **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)** de acordo com o grau das lesões apresentadas à época do referido exame.

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 parciais.

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 STJ³.

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, que é exatamente o caso dos autos, conforme faz prova o documento à fl., apresentado pelo autor.

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

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

³**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.”

Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais	Valor da Indenização
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	das Perdas	
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	25	R\$ 3.375,00

2) 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%.

Repercussão	Valor da Indenização
75% (grau intenso)	R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)

Assim, corroborado pela documentação apresentada nos autos, em especial laudo de fls. 27 E 28, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar o cálculo apresentado acima, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de **R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁴, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

⁴“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

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 citação⁵.

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 ação⁶

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 a 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 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 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:

⁵“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁶ art.

1º

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

(...)

- 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, 2 de dezembro 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	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	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 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 **VALMIR ALVES DOS SANTOS**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO**, nos autos do Processo nº 07091401520208010001.

Rio de Janeiro, 2 de dezembro 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. **07091401520208010001**, que tramita **1ª** VARA CÍVEL da comarca de **RIO BRANCO/AC**.

Rio de Janeiro, 2 de dezembro de 2020.



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat S.A.

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190578025 Vítima: VALMIR ALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALMIR ALVES DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190651841

Vítima: VALMIR ALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALMIR ALVES DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190651841

Vítima: VALMIR ALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), VALMIR ALVES DOS SANTOS

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190651841

Vítima: VALMIR ALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALMIR ALVES DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **VALMIR ALVES DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000002278**

Conta: **0000015331-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190651841

Vítima: VALMIR ALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALMIR ALVES DOS SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 08/06/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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:

435120032-49

Admir César de Souza

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:

Admir César de Souza

435120032-49

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

R. Maria Heide

57

Casa

16 - Tel. (DDD):

Parque Branco

PC

68954-480

(68) 99387-5323

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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

09

CONTA: 35331

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 (vairasor)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DETRAN
ACRE

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

Novo Acre

Órgão público, não é empregador

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

0021460

NÚMERO FOLHA

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

ESTACIONAMENTO DO SUPERMERCADO ATACADÃO

03 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

04 UF

AC

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

06 HORA DA OCORRÊNCIA

4:32

07 ZONA RURAL / URBANA

☒ URBANA

08 DATA

10/09/19

09 DIA DA SEMANA

QUARTA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

☐ 1

COLISÃO

☒ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO

☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR)

☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO

☒ 1

CONCRETO

☐ 3

PARALELEPÍEDO

☐ 5

CASCALHO

☐ 7

TERRA

☐ 9

AREIA

☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA

☒ 1

MOLHADO

☐ 3

QUEBOSA

☐ 5

ENLAMEADA

☐ 7

LANIFICADA

☐ 9

OUBRAS

☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM

☒ 1

CHUVA

☐ 3

NEBLINA

☐ 5

GAROA

☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

02

(DOIS)

15 Nº DE VÍTIMAS

02 (DUAS)

SEM VÍTIMAS

COM VÍTIMAS

17 SEXO

MASC.

18 NASCIMENTO

15/05/74

19 ENDEREÇO

RUA MARIA MARIA Nº 57 - CALAFATE

FONE: 9923-4070

20 1ª HABILITAÇÃO

22/03/2002

21 CATEGORIA

AB

22 PRONTUÁRIO

02263879864

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

27 MARCA

HONDA/CG 125 FAN KS

28 ESPÉCIE

PASSEIRO

29 PLACA

MZU 3746

30 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

VALMIR ALVES DO SANTOS

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

9C2JC411092062903

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☐

36 AVARIAS

Pequena mancha

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

40 AÇÃO DO CONDUTOR

LEVADO A UPA DA JOBRAI PELO SAMU

PONTOS

37 CARRO

☒ 0

38 MOTO

☒ 0

41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

BAF

42 NOME CONDUTOR

JEAN RICARDO PEREIRA DA SILVA

43 SEXO

MASC.

44 NASCIMENTO

12/10/93

45 ENDEREÇO

AV. MARIA JOSE DE OLIVEIRA Nº 1520 - UNIVERSITÁRIO

FONE: 99234-1462

46 1ª HABILITAÇÃO

30/04/2013

47 CATEGORIA

AB

48 PRONTUÁRIO

05771277035

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

FIAT

54 ESPÉCIE

PASSEIRO

55 PLACA

MZT 7351

56 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

JEAN RICARDO PEREIRA DA SILVA

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

8AP17204LA 2086 266

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☒

NÃO ☐

62 AVARIAS

Setor dianteiro L Parachoque

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

66 AÇÃO DO CONDUTOR

PERMANECER NO LOCAL

PONTOS

63 CARRO

☒ 0

65 MOTO

☒ 0

67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

BAF

68 NOME

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

TESTEMUNHAS

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 02/10/19

Assinatura de Oliveira
Arquiteta e Engenheira
CAU/BR 11587-5
DETRAN/AC

VITIMAS	82 NOME PATRICIA LUCAS DE OLIVEIRA	83 SEXO M ☐ F ☒	84 NASCIMENTO 10/11/1991
	85 ENDEREÇO RUA MARIO MAIA Nº 57 - CALAFATE	86 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	87 VIAJAVIA NO VEICULO Nº 1
	88 USAVA CINTO SIM ☐ NÃO ☒		
	89 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR ☐ 1 PASSAG ☒ 3 PEDESTRE ☐ 5	90 CONDUZIDA PARA A UPA DA SOBRAAL PELO SAMU	
VITIMAS	91 NOME VALMIR ALVES DE SANTOS	92 SEXO M ☒ F ☐	93 NASCIMENTO 11/05/1974
	94 ENDEREÇO RUA MARIO MAIA Nº 57 - CALAFATE	95 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	96 VIAJAVIA NO VEICULO Nº 1
	97 USAVA CINTO SIM ☐ NÃO ☒		
	98 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR ☒ 1 PASSAG ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5	99 CONDUZIDA PARA A UPA DA SOBRAAL PELO SAMU	

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

CONFERE COMO ORIGINAL

EM: 02/10/19

Valmír Alves de Santos
Arquiteto e Urbanista
CAUBR 15877-5
DETERMINAC

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

ACIONADOS VIA CIUSP PARA ATENDER COLISÃO ENTRE VEÍCULOS OCACIONANDO VITIMAS. FOI CONTATADO A VERACIDADE DAS FATOS NO LOCAL. AS VITIMAS DO V1 FORAM CONDUZIDAS A UPA DA SOBRAAL PARA ATENDIMENTO MÉDICO. O SENHA: WILSON SANTOS DE OLIVEIRA, CPF: 028.312.552-22, FICOU RESPONSÁVEL PELO V1, A MESMO IDENTIFICANDO-SE COMO SOBRINHO DO PROPRIETÁRIO DA MOTO. CHEGADA AO LOCAL DA COLISÃO ÀS 15H00 E SAÍDA ÀS 17H00. PERÍCIA TÉCNICA COM PARCELO AO LOCAL E REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CÂMBIO.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA V1	103 MOTORISTA V2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO Pm 18PTTRAN
105 NOME VALMIR ALVES DE SANTOS	106 NOME JEAN F. P. DA SILVA	107 NOME / RG RAPCHAN - 4262
108 ASSINATURA IMPOSSIBILITADO	109 ASSINATURA JEAN F. P. DA SILVA	110 ASSINATURA CD
111 LOCAL RIO BRANCO - ACRE		112 DATA 04/10/19

DETRAN
ACRE

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

Novo Acre

Órgão público, não é empregador

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

0021460

NÚMERO FOLHA

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

ESTACIONAMENTO DO SUPERMERCADO ATACADÃO

03 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

04 UF

AC

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

06 HORA DA OCORRÊNCIA

4:32

07 ZONA RURAL / URBANA

☒ URBANA

08 DATA

10/09/19

09 DIA DA SEMANA

QUARTA

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

☐ 1

COLISÃO

☒ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO

☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR)

☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO

☒ 1

CONCRETO

☐ 3

PARALELEPÍEDO

☐ 5

CASCALHO

☐ 7

TERRA

☐ 9

AREIA

☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA

☒ 1

MOLHADO

☐ 3

QUEBOSA

☐ 5

ENLAMEADA

☐ 7

LANIFICADA

☐ 9

OUBRAS

☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM

☒ 1

CHUVA

☐ 3

NEBLINA

☐ 5

GAROA

☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

02

(DOIS)

15 Nº DE VÍTIMAS

02 (DUAS)

SEM VÍTIMAS ☐

COM VÍTIMAS ☒

17 SEXO

MASC.

18 NASCIMENTO

15/05/74

19 ENDEREÇO

RUA MARIA MARIA Nº 57 - CALAFATE

FONE: 9923-4070

20 1ª HABILITAÇÃO

22/03/2002

21 CATEGORIA

AB

22 PRONTUÁRIO

02263879864

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

27 MARCA

HONDA

28 ESPÉCIE

PASSEIRO

29 PLACA

MZU 3746

30 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

VALMIR ALVES DO SANTOS

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

9C2JC411092062903

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☐

36 AVARIAS

PEQUENA MANTA

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

40 AÇÃO DO CONDUTOR

LEVADO A UPA DA JOBRAI PELO SAMU

PONTOS

37 CARRO

☒ 0

38 MOTO

☒ 0

41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

BAF

42 NOME CONDUTOR

JEAN RICARDO PEREIRA DA SILVA

43 SEXO

MASC.

44 NASCIMENTO

12/03/93

45 ENDEREÇO

AV. MARIA JOSE DE OLIVEIRA Nº 1520 - UNIVERSITÁRIO

FONE: 99234-1462

46 1ª HABILITAÇÃO

30/04/2013

47 CATEGORIA

AB

48 PRONTUÁRIO

05771277035

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

FIAT

54 ESPÉCIE

PASSEIRO

55 PLACA

MZT 7351

56 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

JEAN RICARDO PEREIRA DA SILVA

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

8AP17204LA 2086266

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☒

NÃO ☐

62 AVARIAS

SETOR DIAGNÓSTICO L PARACROUVEJ

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

66 AÇÃO DO CONDUTOR

PERMANECER NO LOCAL

PONTOS

63 CARRO

☒ 0

65 MOTO

☒ 0

67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

BAF

68 NOME

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

TESTEMUNHAS

CONFERE COM O ORIGINAL
EM 02/10/19

Assinatura de Oliveira
Arquiteta e Engenheira
CAU/BR 115877-5
DETRAN/AC

VITIMAS	82 NOME PATRICIA LUCAS DE OLIVEIRA	83 SEXO M ☐ F ☒	84 NASCIMENTO 10/11/1991
	85 ENDEREÇO RUA MARIO MAIA Nº 57 - CALAFATE	86 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	87 VIAJAVIA NO VEICULO Nº 1
	88 USAVA CINTO SIM ☐ NÃO ☒		
	89 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR ☐ 1 PASSAG ☒ 3 PEDESTRE ☐ 5	90 CONDUZIDA PARA A UPA DA SOBRAAL PELA SAMU	
VITIMAS	91 NOME VALMIR ALVES DE SANTOS	92 SEXO M ☒ F ☐	93 NASCIMENTO 11/05/1974
	94 ENDEREÇO RUA MARIO MAIA Nº 57 - CALAFATE	95 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐	96 VIAJAVIA NO VEICULO Nº 1
	97 USAVA CINTO SIM ☐ NÃO ☒		
	98 CONDIÇÃO DA VITIMA CONDUTOR ☒ 1 PASSAG ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5	99 CONDUZIDA PARA A UPA DA SOBRAAL PELA SAMU	

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

CONFERE COMO ORIGINAL

EM: 02/10/19

Valmír Alves de Santos
Arquiteto e Urbanista
CAUBR 15877-5
DETERMINAC

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

ACIONADOS VIA CIUSP PARA ATENDER COLISÃO ENTRE VEÍCULOS OCACIONANDO VITIMAS. FOI CONTATADO A VERACIDADE DAS FATOS NO LOCAL. AS VITIMAS DO V1 FORAM CONDUZIDAS A UPA DA SOBRAAL PARA ATENDIMENTO MÉDICO. O SENHA: WILSON SANTOS DE OLIVEIRA, CPF: 028.312.552-22, FICOU RESPONSÁVEL PELA V1, A MESMO IDENTIFICANDO-SE COMO SOBRINHO DO PROPRIETÁRIO DA MOTO. CHEGADA AO LOCAL DA COLISÃO ÀS 15H00 E SAÍDA ÀS 17H00. PERÍCIA TÉCNICA COM PARCELO AO LOCAL E REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CÂMBIO.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA V1	103 MOTORISTA V2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO Pm 18PTAN
105 NOME VALMIR ALVES DE SANTOS	106 NOME JEAN F. P. DA SILVA	107 NOME / RG RAPCHAN - 4262
108 ASSINATURA IMPOSSIBILITADO	109 ASSINATURA João Ricardo S. da Silva	110 ASSINATURA CD
111 LOCAL RIO BRANCO - ACRE		112 DATA 04/09/19

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:

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):

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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 03 CONTA: (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (vairascer)? ☐ 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 atestado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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:

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):

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 03 CONTA: (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (vairascer)? ☐ 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 atestado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 09/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALMIR ALVES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02278

CONTA: 000000015331-1

Nr. da Autenticação 6D6B82221D009C73

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Valmir Alves da Silva

RG nº 220738, data de expedição 27/03/18, Órgão SSP/AC,

CPF nº 435320032-49, 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)	<u>R: Maria Meira</u>
Número	<u>57</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Luclia Alcantara</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>Acre</u>
CEP	<u>69314-480</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 393875923 / (68) 3938477280</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco, 08/10/2018.

Assinatura do Declarante: Valmir Alves da Silva



Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

0086710-1

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 228 - Bosque - Rio Branco - AC
CEP: 06.033/0001-70 (Insc. Estadual: 01.004.141/001-48)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Única

Nº da Nota Fiscal: 001204012

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

Período de Faturamento	Data de Faturamento	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
MAIO/2018	22/05/2018	177	135,36

NÍRES LUCAS DE OLIVEIRA
R. MARIO MAIA 57 Ld. ELIA ALCANTARA
CPF: 00065955811249
CEP: 69.914-480 - RIO BRANCO

ROT: 11.001.11.01.002910

Atual:	23202	Atual:	15/05/2018
Anterior:	23025	Anterior:	17/04/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	14/06/2018
Consumo Medido:	177	Emissão:	14/05/2018
Consumo Faturado:	177	Apresentação:	15/05/2018

Forma de Faturamento: **NORMAL** Faturado Político: **FCAM** Dias de Consumo: **28**

Classe/Subclasse	Ligação	Índice Medidor	Posto	Código Pat.	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	7079616		1.1.1.1	194

Período de Faturamento	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
ABR/18	211	125,19
MAR/18	214	5,47
FEV/18	179	0,38
JAN/18	197	3,71
DEZ/17	200	0,61
NOV/17	201	
OUT/17	191	
SET/17	234	
AGO/17	191	
JUL/17	176	

TOTAL DO MÊS: 177 kWh
VALOR: R\$ 135,36

CONSUMO 177 A R\$ 0,707325 = 125,19
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 5,47
CORRECAO MONETARIA IG 04/18-00 0,38
MULTA POR ATRASO 04/18-00 3,71
JUROS DE MORA DE IMPO 04/18-00 0,61
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,93

MENSAGEM DE CONTABILIDADE DE FATURAMENTO

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12007/09).

LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28
Parabéns! Até o dia 14/05/2018, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 8008.4808.FC66.E346.CBEC.084E.597D.48FA

COMPONENTES DA TARGA (R\$)		IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES (R\$)	
Distribuição:	41,07	Base de Cálculo:	125,19
Energia:	32,74	Alíquota ICMS:	25,00%
Transmissão:	1,09	Valor do ICMS:	31,29
Energia:	16,32	Valor do PIS:	0,47
Tributos:	33,97	Valor do COFINS:	2,21

IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES (R\$)				IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES (R\$)			
ICMS	PIS	COFINS	OUTROS	ICMS	PIS	COFINS	OUTROS
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
União	9,24	18,49	36,99	4,83	9,66	19,32	4,99
Estados	2,45			2,00			1,47

Conjunto **TANGARA** Período de apuração: **03/2018** Valor: **68,52**

M-DATASUS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE SOBRAL



N. DO BÉ: 709728

DATA: 04/09/2019 HORA: 15:16 USUARIO: MARIA SILVEIRA

SETOR: 02-EMERGENCIA TRAUMATICA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: VALMIR ALVES DOS SANTOS DOC...: CSUS
IDADE: 45 ANOS NASC: 15/05/1974 SEXO...: MASCULINO
ENDEREÇO: RUA MARIO MAIA NUMERO: 257
COMPLEMENTO: BAIRO: CALAFATE
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP...:
NOME PAI/MAE: JOSE ANTONIO DOS SANTOS /IRACIR FELIX DOS SANTOS
RESPONSÁVEL: O PROPRIO TEL...: 97294882
PROCEDÊNCIA: CALAFATE
TENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
CID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [] X mmHg [] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 15/09/2019

*Acidente de moto. sofreu algo em outro (3).
NÃO outro queimado.*

NOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *lesões*

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

24
lesões
lesões
lesões x outros

*15:20**15:20*

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

DECISÃO: [] DECISÃO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBJETO: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

lesões x outros - lesões em membros

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

assinatura e carimbo do paciente / responsável

SAME / HUERS
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Novo Acre
Governo paralelo para o desenvolvimento

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

UNIDADE: _____

Av. Salete da Sobral - Franco Silva
End. Estrada da Sobral SIN :
CNPJ: 04.034.526/0001-42

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Para: Heerb
Nome do Paciente: Valmir Adus dos Santos
Nome Social: _____
Hipótese diagnóstica: Tumores de útero

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Atesto para os devidos fins: Os exames OPG
Revela de modo que há algo de
anormal. Qual do Rax e de exames
realizados em outros locais

Soluto Realizado e concluído r/
ótimo duto

DATA: 04/09/19

ASSINATURA

M-DATASUS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE SOBRAL



N. DO BÉ: 709728

DATA: 04/09/2019 HORA: 15:16 USUARIO: MARIA SILVEIRA

SETOR: 02-EMERGENCIA TRAUMATICA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: VALMIR ALVES DOS SANTOS DOC...: CSUS
IDADE: 45 ANOS NASC: 15/05/1974 SEXO...: MASCULINO
ENDRECO: RUA MARIO MAIA NUMERO: 257
COMPLEMENTO: BAIRO: CALAFATE
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP...:
NOME PAI/MAE: JOSE ANTONIO DOS SANTOS /IRACIR FELIX DOS SANTOS
RESPONSAVEL: O PROPRIO TEL...: 97294882
PROCEDENCIA: CALAFATE
FINDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
CID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [] X mmHg [] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 15/09/2019

*Acidente de moto. sofreu algo em outro (3).
sem outro trauma.*

NOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *lesão*

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

24
lesão x outro

*15:20**15:20*

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

DECISAO: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBJETO: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

lesão x outro. lesão em outro.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

assinatura e carimbo do paciente / responsável

SAME / HUERS
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Novo Acre
Governo paralelo para o desenvolvimento

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

UNIDADE: _____

URA Salada da Sobral - Franco Silva
End. Estrada da Sobral SIN :
CNPJ: 04.034.526/0001-42

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Para: Heerb
Nome do Paciente: Valmir Adus dos Santos
Nome Social: _____
Hipótese diagnóstica: Lesão de ulna

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Atesto para os devidos fins: Os estudos Opre
de dnt de mudo - refer alqto em
atmo - qual do Rax de dnt
decelera em catos de dnt

Soluto Aplicado e concluido r/
otore dnt

DATA: 04/09/19

ASSINATURA



Dra. Beisabeth Sanchez Perez

MEDICA DA FAMILIA / CRM - AC 2140

Receituário

Nome: Valroir Alves Do Santos

Idade: _____

Peso: _____

Data: _____

Paciente acima supracitado sofreu acidente de moto no dia 4/09/2019, com diagnóstico de Fratura úmero proximal (D). Sendo submetido a tratamento conservador. Evoluindo com limitação funcional severa na abdução - flexão e rotação do ombro, e perda da força muscular. É por tanto portador de sequelas definitivas e de alta médica. (ombro (D) 75%)

Dra. Beisabeth Sanchez Perez
CRM - AC 2140

Rio Branco-Acre, 12 de Novembro de 20 19

Dra. Beisabeth Sanchez Perez
CRM - AC 2140



LAUDO MÉDICO

CNPJ: 33.897.077/0001-65
B.S. PEREZ - ME
Rua Minas Gerais 858 - B. Preventório
CEP: 69.900-129
RIO BRANCO
AC

Para os devidos fins, atesto que o paciente Valmê Alves do Santos de 46 anos, sofreu acidente de trânsito, no dia 04/09/2019, com diagnósticos de fratura úmero proximal (D), subluxação no ombro (D) com aumento de volume ombro (D) e Região escapular (D), com perda de força do ombro (D) por crônico, limitação funcional severa na flexão - extensão e abdução do ombro (90%). Foi submetido a tratamento conservador. De alta agora e/ou tanto portador de seqüela Definitiva

Ombro Direito 75%


Dra. Beisabeth Sanchez Perez
CRM-AC 2140

Rio Branco - ACRE 26 de 05 2020

Dra. Beisabeth Sanchez Perez

CRM 2140

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

AC

VALDIR ALVES DO SANTOS

DOC. IDENTIDADE / CNH / PASSAPORTE / UF

880719 SEP AC

1757588140

DATA NASCIMENTO

25/05/1974

1757588140

Nome

JOSE APARECIDO DOS

ALMEIDA

FABRICA FOLHA DOS

SANTOS

1757588140

CPF

02263679964

1757588140

DATA EMISSÃO

22/03/2005

1757588140

LOCAL

RIO NEGRO, AC

1757588140

DATA EMISSÃO

27/03/2019

1757588140

ACRE

1757588140

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PEDIDO DE REANÁLISE E REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

Á

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Processo N°: 3190651841

Vítima: Valmir Alves dos Santos

Natureza: INVALIDEZ

Prezados Senhores

Referente ao processo administrativo DPVAT por invalidez permanente acima mencionado, venho através deste, solicitar que o processo seja re-analisado em virtude de a indenização ter sido paga apenas o valor de 2531,25 com a devida constatação de lesões e sequelas existentes.

Por este motivo, solicito que seja realizada perícia médica por parte da Seguradora Líder, em data a ser definida por V. Sas., tendo em vista que ao pagamento da indenização faz-se pouco provável em face das graduações estabelecidas pela tabela anexa a Lei 6.194/74, inclusa pela Lei 11.945/09, em comparação com as graves lesões decorrentes do acidente conforme documentação medica anexa, em que consta toda evolução e acompanhamento médico submetido.

Contanto com a habitual atenção de V. Sas., coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários referente ao sinistro, através do telefone

(68) 999875323

Valmir Alves dos Santos

Rio Branco/AC 02 de Junho de 20 20

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411014/19

Número do Sinistro: 3190651841

Vítima: VALMIR ALVES DOS SANTOS

CPF: 435.120.032-49

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 04/09/2019

Titular do CPF: VALMIR ALVES DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 02/06/2020
Nome: VALMIR ALVES DOS SANTOS
CPF: 435.120.032-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/06/2020
Nome: MAIRLA LIMA DE SOUZA
CPF: 025.424.522-61

VALMIR ALVES DOS SANTOS

MAIRLA LIMA DE SOUZA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411014/19

Vítima: VALMIR ALVES DOS SANTOS

CPF: 435.120.032-49

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 04/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALMIR ALVES DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VALMIR ALVES DOS SANTOS : 435.120.032-49

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: 21/11/2019
Nome: VALMIR ALVES DOS SANTOS
CPF: 435.120.032-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

VALMIR ALVES DOS SANTOS

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190651841 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALMIR ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL. (DIREITO)

Descrição do exame físico: EVOLUI COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL SEVERA NA ABDUÇÃO FLEXÃO E ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO, HIPOTROFIA DO MÚSCULO DELTOIDE E COM PERCA DA FORÇA MUSCULAR E DOR CRÔNICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADO
SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/11/2019

Conduta mantida:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25