
Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190332658

Vítima: LUIZ ROSAS PIRES

Data do Acidente: 07/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZ ROSAS PIRES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190332658

Vítima: LUIZ ROSAS PIRES

Data do Acidente: 07/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190332658

Vítima: LUIZ ROSAS PIRES

Data do Acidente: 07/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUIZ ROSAS PIRES

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

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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, 04 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190332658

Vítima: LUIZ ROSAS PIRES

Data do Acidente: 07/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIZ ROSAS PIRES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: LUIZ ROSAS PIRES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003320

Conta: 0000015119-0

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





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ATENDIMENTO A MULHER VÍTIMA DE
VIOLÊNCIA - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013222/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/04/2019 11:00 Data/Hora Fim: 12/04/2019 11:17
Delegado de Polícia: Alberto Dalacosta Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher Vítima de Violência
Data/Hora do Fato: 07/09/2018 17:00

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: canal da maternidade

Bairro: Centro

Ponto de Referência: em frente à concha acústica
Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LUIZ ROSAS PIRES (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 11/04/1976
Profissão: Vigilante
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria do Carmo Pessoa Galdino Nome do Pai: Manoel Rosas Pires

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 244540
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 628.985.742-87

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: rua são José
Bairro: João Eduardo I
Telefone: (68) 99977-2712 (Celular)

Nº: 168



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

a vítima veio registrar que estava transitando em sua motocicleta (honda CG titan EX 150/ vermelho/ placa OVG 2120) no canal da maternidade sentido terminal urbano, quando o carro que vinha em sua frente foi estacionar mas não ligou a seta, que a vítima para não colidir com o veículo, freio sua moto bruscamente vindo a passar por cima do guidão e cair em frente à moto, que o automóvel responsável pela queda se evadiu do local, relata que o SAMU foi acionado por populares e que foi encaminhado à UPA do 2 distrito, e diagnosticado com TRAUMA NO TORNOZELO DIREITO, que de lá foi encaminhado ao HUERB para a realização de uma avaliação ortopédica e rx do tornozelo, de acordo com prontuário em anexo, que no HUERB a vítima teve o diagnóstico de FRATURA NO CALCANHAR DIREITO.



Delegado de Polícia Civil Alberto Dalacosta Filho
Impresso por: Daniella de Almeida Tavares
Data de Impressão: 12/04/2019 11:17
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ATENDIMENTO A MULHER VÍTIMA DE
VIOLÊNCIA - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013222/2019

ASSINATURAS

Daniella de Almeida Tavares
Responsável pelo Atendimento

Luiz Rosas Pires
(Comunicante / Vítima)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e deixo que poderei 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.

Alberto Dalacosta Filho
Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 628.985.742-87 Nome completo da vítima: Luiz Rosas Reis

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

Nome completo: Luiz Rosas Reis CPF: 628.985.742-87

Profissão: Desempregado Endereço: R: São João Número: 168 Complemento: casa

Bairro: João Eduardo I Cidade: Rio Branco Estado: AC CEP: 68931-448

E-mail: _____ Tel. (DDD): (68) 999975823

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

RENDA MENSAL:

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3320 013 CONTA: 15113 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (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.

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

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Rio Branco, 22/04/13

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Luiz Rosas Reis

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

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

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

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 22/04/2019 Hora emissão: 14:21 Operador:
Nº da Ocorrência 1809070095	Ord. Vitrinas 1	D/Hr Início: 07/09/2018 16:58 D/Hr Término: 07/09/2018 17:22	Classificação de Risco: VERDE (BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: COLISÃO CARRO X MOTO.	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante:
End.: CAN CANAL DA MATERNIDADE
Bairro: IPASE
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: EM FRENTE AO PASSOS

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
Telefone do Solicitante: (68) 999975373
Quem: CARRO MOTO

Origem da Ligação: VIA PÚBLICA

VITIMAS

Vítima 1	Nome: LUIZ ROSA PIRES	Idade: 42 ANOS	Sexo: MASCULINO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

AValiação NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	Data/Hora: 07/09/2018 17:14
	Avaliação: EQUIPE NO LOCAL INFORMA PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES E DOR EM TORNOZELO, PORÉM COM MOVIMENTOS PRESERVADOS, SEM SINAL DE FRATURA OU DEFORMIDADE NA PRIMEIRA AVALIAÇÃO	

Vítima 1	Profissional: ANTONIO SILVA DE CASTRO	Data/Hora: 07/09/2018 16:58
	Avaliação: SOLICITANTE INFORMA QUE POT ESTÁ AO SOLO COM ESCORIAÇÕES DIVERSAS ACORDADO	

AValiação ESTRUTURADA**DECISÃO TÉCNICA**

Vítima 1	Profissional: ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	Data/Hora: 07/09/2018 17:15	Situação: F
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA		
	Profissional: ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	Data/Hora: 07/09/2018 17:15	Situação: F
	Destino: UPA 24 HORAS DO 2º DISTRITO		
	Profissional: ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	Data/Hora: 07/09/2018 17:15	Situação: F
	Interconferência:		
	Observação:		

Vítima 1	Profissional: ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	Data/Hora: 07/09/2018 17:14	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO		
	Profissional: ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	Data/Hora: 07/09/2018 17:14	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: ADRIANA CANHIM BERNANDO ALBUQUERQUE	Data/Hora: 07/09/2018 17:14	Situação: F
	Interconferência:		
	Observação:		

CONCLUSÃO**MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO**

SEQ 1	Veículo: USB 06 RBO	Data/Hora Envio Equipe: 07/09/2018 16:58
	Dt/Hr: Saída Base: 07/09/2018 16:59	Dt/Hr: Chegada Local: 07/09/2018 17:02
	Dt/Hr: Saída Local: 07/09/2018 17:12	Dt/Hr: Chegada Destino: 07/09/2018 17:18
	Dt/Hr: Saída Destino: 07/09/2018 17:19	Dt/Hr: Chegada Base: 07/09/2018 17:20

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuada pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
SULY MICHERLANE NASCIMENTO	07/09/2018 16:58		SULY MICHERLANE NASCIMENTO
SULY MICHERLANE NASCIMENTO	07/09/2018 16:58	SULY MICHERLANE NASCIMENTO	EM FILA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	07/09/2018 16:59	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA
ADRIANA CANIM BERNARDO ALBUQUERQUE	07/09/2018 17:15	ADRIANA CANIM BERNARDO ALBUQUERQUE	EM FILA

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: 27/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ ROSAS PIRES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03320

CONTA: 000000015119-0

Nr. da Autenticação B7C5B43FE6DC4D8B

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luiz Rosa Reis

RG nº 244540, data de expedição 28/06/17, Órgão SSP/AC,

CPF nº 628.985.742-87 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: São Tadeu</u>
Número	<u>368</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>João Eduardo I</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>AC</u>
CEP	<u>69911-448</u>
Telefone de Contato	<u>(68)999375923 / (68)999477280</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco, 22/04/18

Assinatura do Declarante: Luiz Rosa Reis

Prezado(a) _____

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luiz Rosas Reis,

RG nº 244540, data de expedição 13 / 06 / 17, Órgão SSP/AE,

CPF nº 628985742-87 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: São</u>
Número	<u>168</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>João Eduardo I</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>AC</u>
CEP	<u>69851-448</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 989875923 / (68) 989477280.</u>
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco, 13/06/17

Assinatura do Declarante: Luiz Rosas Reis

For sale by the U.S. GPO: 1964 O - 350-000

MS/DATASUS

UPA VERDE - 2 DISTRITO

No. DO BE: 1563697
CNS:DATA: 07/09/2018 HORA: 17:51 USUARIO: ISABEL
SETOR: 02-EMERGENCIA TRAUMATICA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : LUIZ ROSAS PIRES
IDADE.....: 42 ANOS NASC: 11/04/1976
ENDERECO.....: RUA SAO JOSE
COMPLEMENTO....:
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO BAIRRO: JOAO EDUARDO I
NOME PAI/MAE...: MANOEL ROSAS PIRES UF: AC
RESPONSAVEL....: O PROPRIO /MARIA DO CARMO PESSOA GALDI
PROCEDENCIA....: OUTROS CEP....:
ATENDIMENTO....: CONSULTA/PRESCRICAO TEL....: 99977-27
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO TRAUMA: NAO

C: [] 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: _/_/_

VIRE



ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

Trauma Tornozelo Direito

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Rx Tornozelo D.

- Dito ferida 75mm J.M

- Denameterona 10mg J.M

- Avaliação Ortopedia no HUEB.

5246

DATA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IM [] ANAT PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO CRM-AC-772

Enoque P. de Araújo
Médico

AUSA EXTERNA

0408050225 - 5.920

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: (2580850)

DATA: 07/09/2018

HORA: 19:06

USUARIO: CONCEICAO

CNS: 708106503191331

SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : LUIZ ROSAS PIRES

DOC...: CNH

IDADE.....: 42 ANOS NASC: 11/04/1976

SEXO...: MASCULINO

ENDERECO.....: RUA PRIMAVERA

NUMERO: 93

COMPLEMENTO.....: BAIRRO: CALAFATE

MUNICIPIO.....: RIO BRANCO

UF: AC

CEP...: 69900-000

NOME PAI/MAE...: MANOEL ROSAS PIRES

/MARIA DO CARMO PESSOA GALDINO

RESPONSAVEL...: PRIMO-ALTEMIR DA SILVA

TEL...: 99977 2712

PROCEDENCIA...: UPA-VIA VERDE

ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO

CASO POLICIAL...: SIM

PLANO DE SAUDE.....: NAO

TRAUMA: SIM

ACID. TRABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS:

União de Rio Branco
FRATURA CALCÂNEO D

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

23 ABR 2018

PROTOCOLO

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

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

Exatidão de 5 + Res. 1 semana

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

30mg (10mg)
30mg (10mg)
30mg (10mg)

Marcos de Oliveira Silva
 PRM Ortopedia Traumatologia
 CRM AC 2105

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] EVASAO

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA

[] FMI

[] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Antônio Carlos Silva

Marcos de Oliveira Silva
 PRM Ortopedia Traumatologia
 CRM AC 2105

NOME DO PACIENTE				IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL	queixas cardio-moto. à + 2 horas.			COMORBIDADES:	
FLUXOGRAMA	Glicemia geral				
DISCRIMINADOR	do sistema				
PARÂMETROS	PA: 170 X 105 mmHg	Temp.: °C	Sat. O2: 96 %	Peso:	
	ESCALA DE DOR			Pulso: 111 bpm	
				Glicemia: mg/dL	
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	HORÁRIO DA CR: 14:55		() DESISTÊNCIA () EVASÃO		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 n°: _____ () Scalp n°: _____;
- ☐ Medicação sublingual;
- ☐ Medicação subcutânea, local: _____;
- ☐ NBZ: _____;

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO DE EMERGÊNCIA

As _____

SAME / HUEBB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

A 21:20, PA: 160 X 100 mmHg

Assinatura/COREN:



RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: ASAP

Atento que o Sr. Sr. José Rosas Lima paciente
residente de Tumbira no dia 02/09/18
apresentando fratura de calcâneo direito
sendo submetido a tratamento cirúr-
vado.

Exclusivos aumento de volume no
tornozelo direito, limitação funcional
no tornozelo direito, marcha claudica-
cante (no M.I.D.), e redução da força
muscular do membro.

portaria é portador de Argula dequi-
tina no M.I.D. e está de alta
médica.

DATA: 10/5/19

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: 69.909-380 - FONE: 3223-4608

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA FAZENDA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

AC

LUIZ ROSAS PIRES

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF
244540 SSP AC

CPF
628.985.742-87

DATA NASCIMENTO
11/04/1976

FILIAÇÃO
MANOEL ROSAS PIRES

MARIA DO CARMO PESSOA
GALDINO

PERMISSÃO
CONDICIONADA

ACC
EMISSÃO

CAT HAB
A

SP REGISTRO
05842987174

VALIDADE
27/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
02/08/2013

OBSERVAÇÕES

Luiz Rosas Pires

LOCAL
RIO BRANCO, AC

DATA EMISSÃO
29/06/2017

41902798230
AC407579962

ASSINATURA DO EMISSOR

ACRE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1423483418

PROIBIDO PLASTIFICAR
1423483418

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
628.985.742-87

Nome
LUIZ ROSAS PIRES

Nascimento
11/04/1976

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC Nº 014398107467
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 00595169961 RITR/C 2018 EXERCÍCIO

LUÍZ ROSAS PIRES

AL

628.985.742-87 PLACA ANT / UF AC 9C2KC1660ER004882

PLACA ANT / UF AC 9C2KC1660ER004882

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLICAR

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN EX

CAP / POT / CIL 2P / 0149CC / 1 CATEGORIA PARTICU

1 *PAGUE VENIC COTA UNICA 1P VENIC COTAS

2P *PAGUE COTA UNICA 2P VENIC COTAS

3P *PAGUE COTA UNICA 3P VENIC COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$0,79 R\$195,33 DATA DE PAGAMENTO 11/10/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO * BEN. TRIBUTARIO

RIO BRANCO 08/11/2018

AC Nº 014398107467 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 01 628.985.742-87 EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 08/11/2018

RENAVAM 00595169961 MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN EX

ANO FAB 2013 COT. TAR 9 Nº CHASSI 9C2KC1660ER004882

FAB (R\$) R\$81,29 DENATIAN (R\$) R\$9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90,33

PREMIO TARIFARIO R\$0,79 R\$195,33

QUANTO POR BILHETE (R\$) R\$4,13

COTA UNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE DURAÇÃO 11/10/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.248.606/0001-04

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190332658

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUIZ ROSAS PIRES

Data do acidente: 07/09/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do calcâneo direito.

Descrição do exame físico: Limitação funcional do tornozelo (D)flexão -extensão e rotação.Marcha claudicante(no membro inferior direito) e redução da força muscular do membro.

Resultados terapêuticos: Foi submetido a tratamento conservador
Alta medica.(22-10-2018)

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado(50%) em tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/06/2019

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: após avaliação do exame médico pericial, é mantida a valoração deferida pelo médico examinador, porém é feita uma adequação do segmento corporal acometido, conforme sequelas descritas no exame físico

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**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: 3190332658

Nome do(a) Examinado(a): LUIZ ROSAS PIRES

Endereço do(a) Examinado(a): RUA SAO TADEU, 168 - RIO BRANCO/AC -
CEP 69911-448

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 244540

Data e Local do Acidente : 07/09/2018

Data e Local do Exame : 18/06/2019 AVENIDA CEARÁ, 1436 - RIO
BRANCO/AC - CEP 69.900-33

Resultado da Avaliação Médica

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

HD Fratura do calcâneo (D).

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

Foi submetido a tratamento conservador e alta medica.(22-10-2018)

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

Evolui com aumento do volumen no tornozelo (D).

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [] Não

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

Limitação funcional do tornozelo (D)flexão -extensão e rotação.Marcha
claudicante(no membro inferior direito) e redução da força muscular do
membro.É pelo tanto portador de seuqela definitiva.

**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

M.I.D

% 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

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 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.



Dra. Beisabeth Sanchez Perez
CRM-AC 2140

BEISABETH SANCHES PEREZ CRM : 2140 / UF :AC

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0168339/19

Vítima: LUIZ ROSAS PIRES

CPF: 628.985.742-87

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZ ROSAS PIRES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUIZ ROSAS PIRES : 628.985.742-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/05/2019
Nome: LUIZ ROSAS PIRES
CPF: 628.985.742-87

LUIZ ROSAS PIRES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0168339/19

Número do Sinistro: 3190332658

Vítima: LUIZ ROSAS PIRES

CPF: 628.985.742-87

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZ ROSAS PIRES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

LUIZ ROSAS PIRES : 628.985.742-87

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/06/2019
Nome: LUIZ ROSAS PIRES
CPF: 628.985.742-87

LUIZ ROSAS PIRES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/06/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0168339/19

Vítima: LUIZ ROSAS PIRES

CPF: 628.985.742-87

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZ ROSAS PIRES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUIZ ROSAS PIRES : 628.985.742-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/05/2019
Nome: LUIZ ROSAS PIRES
CPF: 628.985.742-87

LUIZ ROSAS PIRES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA