



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

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

Dados Básicos

Foro: Rio Branco
Processo: 07099854720208010001
Classe do Processo: Contestação
Data/Hora: 12/01/2021 08:04:54

Partes

Solicitante: Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A

Documentos

Petição: 2776453_CONTESTACAO_0
1 - 1-11.pdf
Anexo - Petição: 2776453_CONTESTACAO_A
nexo_02-1 - 1-17.pdf
Anexo - Petição: 2776453_CONTESTACAO_A
nexo_02-1 - 18-25.pdf
Anexo - Petição: 2776453_CONTESTACAO_A
nexo_02-1 - 26-30.pdf
Anexo - Petição: 2776453_CONTESTACAO_A
nexo_02-2 - 1-10.pdf
Anexo - Petição: 2776453_CONTESTACAO_A
nexo_02-2 - 11-19.pdf
Anexo - Petição: 2776453_CONTESTACAO_A
nexo_02-2 - 20-27.pdf
Anexo - Petição: 2776453_CONTESTACAO_A
nexo_02-2 - 28.pdf
Anexo - Petição: KIT SEGURADORA LÍDER -
1-12.pdf
Anexo - Petição: KIT SEGURADORA LÍDER -
13-20.pdf

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



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

Processo: 07099854720208010001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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 **BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ**, 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 SÍNTSE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **12/05/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **22/09/2017.**

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexo causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que a parte autora não apresenta boletim de atendimento médico contemporâneo ao suposto acidente.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DA AUSÊNCIA DE CAPACIDADE POSTULATÓRIA

DA AUSÊNCIA DE DATA NA PROCURAÇÃO ACOSTADA AOS AUTOS

Verifica-se que o instrumento de mandato outorgado ao advogado da parte Autora, viola a regra esculpida no art. 104 do CPC, tendo em vista a ausência de data na procuração acostada aos autos.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte para sanar o vício contido no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a ausência de procuração válida não produz nenhum efeito legal aos atos processuais, sendo estes considerados inexistentes.

Assim sendo, se após determinação judicial para sanar o vício a parte autora permanecer inerte, deverá o processo ser extinto sem resolução do mérito de acordo com a regra contida no artigo 485, III, do CPC.

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

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;

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**⁴.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

CONFORME OBSERVADO NOS DOCUMENTOS ACOSTADOS A INICIAL, PODEMOS OBSERVAR QUE A PARTE AUTORA NÃO COMPROVA ATENDIMENTO MEDICO DA DATA DO SUPOSTO ACIDENTE.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo⁵.

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

⁴SEGURÓ OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT.(TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

⁵APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual 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\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituir-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vínculo 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 ressalvar 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\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais), 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 PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 12/05/2017. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais).

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)

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 parciais⁶.

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁷.

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.700,00 (DOIS MIL E SETECENTOS REAIS)**.

⁶RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁷Súmula 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.”

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 pátrios⁸, 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.

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 citação⁹.

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 ação¹⁰

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.

⁸"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).

⁹"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

¹⁰art.

1º

(...)

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

CONCLUSÃO

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

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

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

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e horários 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:

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 11 de janeiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/AC 3988

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 GRAADAÇÃO

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					
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
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; **JOSELAINA 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 nº 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 **BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ**, em curso perante a 1^ª VARA CÍVEL da comarca de **RIO BRANCO**, nos autos do Processo nº 07099854720208010001.

Rio de Janeiro, 11 de janeiro de 2021.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AC 3988

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA 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. **07099854720208010001**, que tramita 1ª VARA CÍVEL da comarca de **RIO BRANCO/AC**.

Rio de Janeiro, 11 de janeiro de 2021.



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat S.A.

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

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190402452

Vítima: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Data do Acidente: 12/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEILA DA SILVA ARAUJO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

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

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

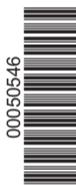
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



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, 12 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190402452

Vítima: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Data do Acidente: 12/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEILA DA SILVA ARAUJO

Assunto: INTERRUPÇÃO 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

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

Rio de Janeiro, 04 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190402452

Vítima: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Data do Acidente: 12/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEILA DA SILVA ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

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\$ 2.700,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

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

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Valor: R\$ 2.700,00

Banco: 104

Agência: 3705

Conta: 000001852-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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



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, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190402452

Vítima: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Data do Acidente: 12/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEILA DA SILVA ARAUJO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 17/12/2019, 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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem迟ras, para correta análise do seu pedido de Indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de Indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou RG:

CPF da vítima

699.744.862-04

Nome completo da vítima

Benzilson Lenzado de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Benzilson Lenzado de Oliveira	699.744.862-04	Pedreiro
Endereço	Número	Complemento
Rua Serafim	326	Lar
Blz:	CEP	
Abreu Ribeiro	69.919.544	
Email:	Telefone (DDD)	
	(68) 3303-8871	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

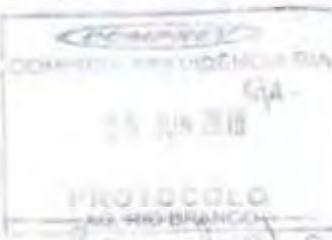
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
BRADENCO (227) BANCO DO BRASIL (06) ITAÚ (341)			
CRÍTICA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	CONTA	BN	BN
3705	033	4852	2
(Informar digito se existir)			
CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO			
Nome _____ NBL _____			
AGÊNCIA	CONTA	BN	BN
Nº	Nº	(Informar digito se existir)	(Informar digito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação ao valor indenizado.

CONTA

Rio Branco, 28 de Junho de 2018

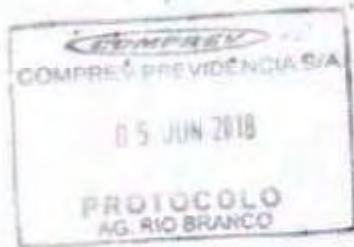
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CÓPIA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190402452 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ **Data do acidente:** 12/05/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de coplo do 3º e 4º metatarso do pé direito e LUxação Metatrsofalangeana 5to dedo pé direito
Fratura luxação cotovelo esquerdo

Descrição do exame físico: Pé direito: deformidade no dorso do antepe, aumento de voleu do pé, limitação na flexoextensao das metatarsofalangeanas e das articulações dos dedos do pé, e redução da força muscular do pé.
MSE: aumento de volume do cotovelo, hipotrofia do braço, limitação na flexao e extensao do cotovelo e redução da força muscular do membro.

Resultados terapêuticos: Tratamento: conservador com redução incruenta e imobilização gessada no pe e cotovelo, e fisioterapia
Alta: Janeiro de 2018

Sequelas permanentes: limitação funcional nas articulações metatarsofalangeanas e nos dedos do pé direito
Limitação funcional do cotovelio esquerdo conforme descrito no exame físico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/07/2019

Conduta mantida:

Observações: EM CONFORMIDADE COM AVALIAÇÃO TECNICA DA DOCUMENTAÇÃO ANEXADA E EXAME REALIZADO PAGO DANO FUNCIONAL EM 5 DEDO PÉ DIREITO E COTOVELO ESQUERDO

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			20 %	R\$ 2.700,00

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190402452

Nome do(a) Examinado(a): BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sanhaçu, 126 - Rio Branco/AC - CEP 69914-544

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 367886 - SEPC AC

Data e Local do Acidente : 12/05/2017

Data e Local do Exame : 19/07/2019 RUA GUANABARA, 3456 - ESQUINA COM A RUA PA - PORTO VELHO/RO - CEP 76803-842

Resultado da Avaliação Médica

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

Diagnóstico: Fratura de coplo do 3º e 4º metatarso do pé direito e Luxação Metatrssofarangeana 5to dedo pé direito

Fratura luxação cotovelo esquerdo

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

Tratamento: conservador com redução incruenta e imobilização gessada no pé e cotovelo, e fisioterapia

Alta: Janeiro de 2018

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

Exame físico: Pé direito: deformidade no dorso do antepe, aumento de volume do pé, limitação na flexoextensão das metatarssofarangeanas e das articulações dos dedos do pé, e redução da força muscular do pé.

MSE: aumento de volume do cotovelo, hipotrofia do braço, limitação na flexão e extensão do cotovelo e redução da força muscular do membro.

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:

Funcional: limitação funcional nas articulações metatarssofarangeanas e nos dedos do pé direito e redução da força muscular do pé.

Limitação funcional do cotovelo esquerdo conforme descrito no exame físico e redução da força muscular do membro.

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

cotovelo esquerdo

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

(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

pé direito

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

() 50% médio (X) 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.

José Luis Silverio Cabanillas
José L. Silverio C.
Médico Ortopedista
CREMERO-1822

JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS CRM : 1820 / UF : RO



GOVERNO DO ESTADO DE ACRE
POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÃO CRIMINAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 011351/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 22/09/2017 09:09
Delegado da Polícia: Fabrizio Leonard da Silva Sobreira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: Departamento de Investigação Criminal

Data/Hora do Fato: 12/06/2017 10:44

Local do Fato

Município: Rio Branco

Logradouro: RUA DROMEDARIO

Bairro: Lot. Dr. Ilson Alves Ribeiro
Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)	Lei Maria da Penha
1065 - Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve	Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: BEZALEL CONRADO DE QUEIROZ (VITIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Nacionalidade: Plácido de Castro

Sexo: Masculino

Nasc: 14/08/1968

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Raça: Cor: Parda

Nome da Mãe: Angelita Conrado de Queiroz

Nome do Pai: Braz Salles de Queiroz

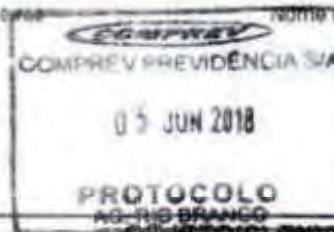
Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: RUA S

Bairro: ILSON RIBEIRO

Telefone: (69) 99917-2916 (Celular)



CÓPIA

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Placa: NXS3913

Número do Chassi: 9C2KC2210HR022993

Ano/Modelo Fabricação: 2017/2017

Cor: VERMELHA

UF Veículo: Acre

Município Veículo: Rio Branco

Marca/Modelo: HONDA/CG 160 TITAN EX

Modelo: HONDA/CG 160 TITAN EX

Veículo Adulterado?: Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Bezalel Conrado de Queiroz

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A vitima (usuário) neta Especializado e noticiou que na data, local e horas supramencionados sofreu acidente de trânsito. Disse que ao descer de um buraco da via pública caiu, tendo fraturado o braço esquerdo e quebrado dois dedos do pé direito, tudo conforme laudos e exames médicos.

ASSINATURAS

Valcir do Nascimento Correia
Responsável pelo Atenção

Bezalel Conrado de Queiroz
Vitima



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da **VÍTIMA** e do seu **REPRESENTANTE LEGAL*** (caso aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima Interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Ricardo Lorrado de Oliveira

CPF da Vítima

694.744.862-04

Data do Acidente

32/05/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

E-mail

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

(68) 3303-8873

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinale uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por Veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação para a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica e custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, ou disorde do seu conteúdo.

CÓPIA


COMPROVANTE FIDENCIASIA
5 JUN 2018
PROTOCOLO AG. RIO BRANCO

Rio Branco 28 de Maio de 2018

Local e Data

Ricardo Lorrado de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 25/05/2018 Hora emissão: 09:27 Operador
Nº da Ocorrência 1705120073	Qtd. Vítimas 1	De/Hr Início: 12/05/2017 16:06 De/Hr Término: 12/05/2017 16:56	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr: QUEDA DE MOTO	
DADOS DA OCORRÊNCIA				
Nome Solicitante: End: R DRÔMEO DARIO Bairro: ILSON RIBEIRO Cidade: RIO BRANCO CEP: Ponto de Referência: EM FRENTE A ACADEMIA DA PREFEITURA				

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
Telefone do Solicitante: (68) 99645496
Outras:

Origem da Ligação: DOMICÍLIO

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: Paciente IDESALIEL CONRADO DE QUEIROZ Classificação: Endereço:	Idade: 48 ANO(S) CNS: Documento:	Sexo: MASCULINO
-------------	--	--	-----------------

CÓPIA

AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA Avaliação: EQUIPE NO LOCAL: PACIENTE COM LUXAÇÃO EM COLOVELO ESQUERDO, ESCORIAÇÕES EM MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES	Data/Hora: 12/05/2017 16:44
Vítima 1	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA Avaliação: SENHOR SOFREU QUEDA DE MOTO E APRESENTA FRATURA DE MEMBRO SUPERIOR, ESCORIAÇÕES	Data/Hora: 12/05/2017 16:09

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA



DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA	Data/Hora: 12/05/2017 16:44	Situação: F
	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA Decisão: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGÊNCIA DE RIO - HUERB	Data/Hora: 12/05/2017 16:44	Situação: F
	Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA	Data/Hora: 12/05/2017 16:44	Situação: F
	Observação:		

Decisão: ENVIO DE VEÍCULO

Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA

Data/Hora: 12/05/2017 16:44

Situação: F

Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA

Profissional: DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA

Data/Hora: 12/05/2017 16:44

Situação: F

Intercorrência:

Observação:

CONCLUSÃO

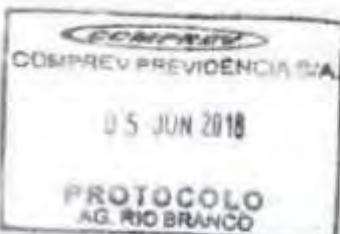
MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USB 07 RBO	Data/Hora Envio Equipe: 12/05/2017 16:10
	Dt/Hr. Saída Base: 12/05/2017 16:10	Dt/Hr. Chegada Local: 12/05/2017 16:26
	Dt/Hr. Saída Local: 12/05/2017 16:45	Dt/Hr. Chegada Destino: 12/05/2017 16:54
	Dt/Hr. Saída Destino: 12/05/2017 16:54	Dt/Hr. Chegada Base: 12/05/2017 16:55

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Eletrônico pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
YARA SOUZA DE FIGUEREDO	12/05/2017 16:06	YARA SOUZA DE FIGUEREDO	YARA SOUZA DE FIGUEREDO
YARA SOUZA DE FIGUEREDO	12/05/2017 16:06	YARA SOUZA DE FIGUEREDO	EM FILA
YARA SOUZA DE FIGUEREDO	12/05/2017 16:06	YARA SOUZA DE FIGUEREDO	EM FILA
YARA SOUZA DE FIGUEREDO	12/05/2017 16:06	YARA SOUZA DE FIGUEREDO	EM FILA
DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	12/05/2017 16:06	DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	EM FILA
MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	12/05/2017 16:34	MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	12/05/2017 16:34	MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	12/05/2017 16:34	MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	12/05/2017 16:44	DULCICLEIA NASCIMENTO DE SOUZA	EM FILA

CÓPIA





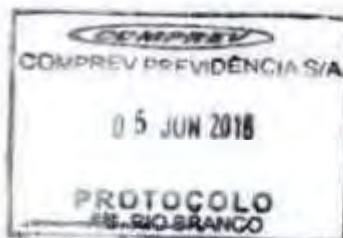
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que a ocorrência de nº 1705120073, de 12/05/2017, às 16:06 horas, registrada pelo SAMU como: QUEDA DE MOTO, com 01 vítima, refere-se a **BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ**, 48 anos.

Rio Branco, 25 de maio de 2018.

Mônica Valéria N. de Lima Santiago
Gerente Administrativa
Decreto nº 111/2015

CÓPIA



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: 29/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03705

CONTA: 00000001852-2

Nr. da Autenticação E74625D14E294555

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Benedito Corrêa de Oliveira,

RG nº 367.886, data de expedição 23/10/2017 Órgão SSP/AC,

CPF nº 694.744.862-09, 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>Banhaeu</u>
Número	<u>126</u>
Apto / Complemento	<u>lava</u>
Bairro	<u>Ilhaon Rubim</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>Acre</u>
CEP	<u>69.919-544</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 3301-8871 / 99919-5644</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

CÓPIA

Local e Data: Rio Branco, 28/05/2018

Assinatura do Declarante: Benedito Corrêa de Oliveira



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Kuka da Silva Araújo,

RG nº 35.1875, data de expedição 24/06/16, Órgão SESBEC/RO

CPF nº 906.423.472-72, venho perante a este instrumento declarar que não possua 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>Nações Unidas</u>
Número	<u>719</u>
Apto / Complemento	<u>Bloco 03</u>
Bairro	<u>Bonaparte</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>Acre</u>
CEP	<u>69.900-463</u>
Telefone de Contato	<u>(68)3303-8873 / 999919-5644</u>
E-mail	

CÓPIA

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco 28/06/2018

Assinatura do Declarante: Kuka da S. Araújo





• Eletrobras

ANSWER

Para contactar

SEU CÓDIGO

0394141-8

Wolfgang Flatz

Digitized by srujanika@gmail.com on 20.02.2013

DATA DE REFERÊNCIA	DATA DE VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2018	13/06/2018	255	252,38
KE 15 REGINA BEZERRA MESQUITA DA ROCHA			
AV. DA UNIÃO UNIDAS 719 BDF 03 BOSQUE			
CEP: 06956333196215			
TEL: 61.991-463 - SÍCIO BRANCO			
		ROT: 4.001 24.23.002190	
		DATA DA LEITURA	
3388			25/05/2018
1135			26/04/2018
3.000			26/06/2018
255			24/05/2018
255	FCAM		25/05/2018

TIPO DE DOCUMENTO		FECHA DE VENCIMIENTO	TIPO DE DOCUMENTO	25/05/2018
NORMAL				29
			BABUN GAJAH KEDO CONSOLIDADORA	
COMERCIAL	BI	BIF16205233	3.6.1.2	240
ESTIMADOS KMS				

ABR/16	293	CONSUMO	255 A R\$ 0 711804 =	181,51
MAR/16	278	CONTR. ILUMINACAO PUB. ((C051P))		7,93
FEV/16	171	RELIGACAO DE URGENCIA		56,59
JAN/16	90	CORRECAO MONETARIA IG 03/16-00		0,95
DEZ/17	339	MULTA POR ATRASO 03/16-00		3,86
NOV/17	151	JUROS DE NOVA DE IMPZO 03/16-00		1,34
OUT/17	267	ADICIONAL BANDEIRA ANARELA -	2,19	
SET/17	312			
AGO/17	244			
JUL/17	303			

CÓPIA

MENSAGENS IMPORTANTES / REAÇÕES DE VENDEDORES

DEBITOS JA REAVISADOS ***** AVISO DE DEBITOS VENCIDOS *****
Mes/Ano Valor R\$ (informações relativamente a débitos vencidos no valor de R\$ 26.000,00 ou mais, que não foram quitados até a data de 05/03/2013).
04/2013 210,42

Declaro/declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12807/89).
LIGUE 8880 647 7196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 2 3 19 25 26

DISPONÍVEL NO PIAUÍ - www.pi.uol.com.br - 0800 772 11 11

036E 1DEB, DB3C, C639, 8FCB, 6E8B, 695E, F12B

COMPONENTES DA CORTE - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Salários	59,53	Estado/Cidade	181,51
Aluguel	47,47	PAIS/NU/CMG	25,00
Transporte	1,58	Velocidade/CMG	45,37
Alimentação	23,67	Impostos	0,68
Total	99,76	Velocidade/CCFAT	3,21

IN PLEASURES IN COMMUNING

SAC				FIC			SMC		SMCF	
Number	Timestamp	Amount	Method	Timestamp	Amount	Method	Number	Method	Number	Method
6,27	12.54	25,08	3,92	7.85	15,70	3,71				
0,58			1,00				0,58			

ISSN 4 001 04 03 003346

1

Eletrobras

高教出版社

REFERENCES

卷之三

• 100 •

65/2018

中華書局影印

13/06/77

83610000002 2 52380045000 0 00000000394 7 14180518008 7



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Berthel comrade de Oliveira,

RG nº 367 336, data de expedição 23/10/17, Órgão SSP/SE,

CPF nº 684 744 862-09, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar que residia no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R: Sardinha</u>
Número	<u>126</u>
Apto / Complemento	<u>esq</u>
Bairro	<u>Elson Ribeiro</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>Roraima</u>
CEP	<u>63934-544</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 9 9997 5323</u>
E-mail	

Por ser verdade, firma-me:

Local e Data: Rio Branco, 03/07/18

Assinatura do Declarante: Berthel comrade de Oliveira



COMPANHIA DE ELETROGÊNEO DO ACRE S.A.
Av. Presidente Vargas 229 - Bento - Rio Branco - AC
CEP: 69010-010 - Fone: (65) 324141/001-48
Site: www.eletrobras.com.br - E-mail: 01.004.141/001-48

Nº da Nota Fiscal 004837340

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSE é fixada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

DATA CONTA-MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	21/06/2019	146	132,42
BZALTEL CONRADO DE QUEIROZ 11 SANHAGO 136 11 SON RIBEIRO CNPJ: 00069474486204 CNPJ: 64.914-544 - RIO BRANCO			
ROT: 11.001.11.20.007240			
DATA LEITURA	VW	DATAS DA LEITURA	
Anterior	11397	Anterior	13/06/2019
	11251	Anterior	15/05/2019
Consumo (kWh)	1.000	Próxima Leitura	15/07/2019
Consumo (kWh)	146	Entrega	12/06/2019
Consumo (kWh)	146	Autonomização	13/06/2019
Forma de Faturamento: NÓRMAL Código de irregularidade: Dias de Consumo: 29			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Nome Sobreposto	Unidade	Número Medidor	Pólo	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	7165745	1.1.1.1	166	
HISTÓRICO VWS					
* Preços consumidos					
JUN/19	161	CONSUMO	146 A R\$ 0,839063 =	122,40	
AGO/19	149	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		5,28	
MAR/19	161	CORREÇÃO MONETÁRIA TC 04/19-00		1,17	
FEV/19	141	MULTA POR ATRASO 04/19-00		2,51	
JAN/19	182	JUROS DE HORA DE IMPO 04/19-00		0,96	
DEZ/18	160	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,88		
NOV/18	120				
JUL/18	166				
SEPO/18	164				
AGO/18	168				
TARIFA SEN. TRIBUTO					
2 A 146 - 0,839063					

CONSUMO 146 A R\$ 0,839063 = 122,40
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 5,28
CORREÇÃO MONETÁRIA TC 04/19-00 1,17
MULTA POR ATRASO 04/19-00 2,51
JUROS DE HORA DE IMPO 04/19-00 0,96
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,88

MENSAGEM IMPORTANTE / AVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 05/2019 142,65

Você está circunscrito à tarifa de energia elétrica - 30 faturamento de energia elétrica a partir de 26/06/2019. O seu pagamento deve ser feito até a data de vencimento e incluído no valor da fatura de energia elétrica. Caso fique atrasado o pagamento faturado, desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 15 19 25 28

RESERVADO AO FISCO C983.7750.5694.129E.88E6.423A.4F82.6189

COMPOSIÇÃO DA FICHA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Consumo	34,20	Bási de Cálculo	122,50
Impostos	40,62	Alíquota ICMS	25,00%
Impostos	1,06	Valor do ICMS	30,62
Consumo	12,71	Alíquota PIS	0,67
Consumo	34,41	Valor do PIS	0,23
VALORES DE CONTINUIDADE			

	DIC	FIC	DMIC	DICR
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Límite	9,24	18,49	36,99	4,83
Realizado	0,69	2,00	4,00	0,56
Consumo	TANGARA		Período de apuração	04/2019
			EDS	55,32

ROT: 11.001.11.20.007240

Eletrobras
Distribuição Acre

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0258583-9	132,42
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
06/2019	21/06/2019

COMPANHIA DE ELETROGÊNEO DO ACRE S.A.
Av. Presidente Vargas 229 - Bento - Rio Branco - AC
CEP: 69010-010 - Fone: (65) 324141/001-48

Nº da Nota Fiscal: 004837340 FICAM

83660000001 9 32420045000 9 00000000258 4 58390619008 2



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Julia da S. Araujo,
RG nº 955675, data de expedição 24/06/16, Órgão SESG/110
CPF nº 90642171272, 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>Av. Major Mendes</u>
Número	<u>759</u>
Apto / Complemento	<u>Box 3</u>
Bairro	<u>Bosque</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>Acre</u>
CEP	<u>69 900-463</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 993875323</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me:

Local e Data: Rio Branco, 03/07/16

Assinatura do Declarante: Julia da S. Araujo



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221204, incluído para pessoas com deficiência auditiva.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

1. O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

4. Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e seguro.

5. Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas e controlar, fiscalizar, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Declara que sou eu Xenia da Cunha Araújo, inscrito (a) no CPF 906.421.472-72, no cargo de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Bengaliel Cunha da Cunha Araújo, inscrito (a) no CPF sob o N694.744.862-04, do sinistro de DPVAT cobertura 3m Validez da Vítima Bengaliel Cunha da Cunha Araújo, inscrito (a) no CPF sob o N694.744.862-04, conforme constatação da Circular Susep 445/12:

Profissão: Revisor - NR Renda: R\$ 2000,00 - NR e apresento os documentos comprobatórios:
Revisor - NR

Resumo Informar

Declara ainda: sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado:

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

UF - Número Unidades	Cidade	Número	Complemento
RS - Número Unidades	Rio Branco	739	80x03

Local e Data: Rio Branco, 28 de Maio de 2018

Telefone comercial (DDD) (68)3303-8871 Telefone celular (DDD) (68)99939-5694



Rio Branco, 28 de Maio de 2018

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Boguel Corrado de Queiroz,
RG nº 31.78.86, data de expedição 05/07/2004
Órgão SSP/ME, portador do CPF nº 684.744.862-04, com
domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de
AC, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Sertanejo Ilson Belino, nº 326,
complemento 02A, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Boguel Corrado de Queiroz, cujo o condutor era
Boguel Corrado de Queiroz.

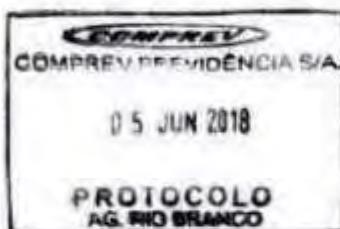
Veículo: chata
Modelo: HONDA / C 6 360 TITAN EX
Ano: 2002
Placa: NXS 3933
Chassi: FCL XC22304R022833
Data do Acidente: 12/05/2017
Local e Data: Rio Branco, 24/05/2018

Boguel Corrado de Queiroz
Assinatura do Declarante

CÓPIA

Boguel Corrado de Queiroz

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 84674
Número do CNS...: 898002921360421
Nome.....: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ
Documento.....: Tipo :
Data de Nascimento: 14/08/1968 Idade: 48 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsável.....: BRAZ SALES DE QUEIROZ
Nome da Mae....: ANGELITA CONRADO DE QUEIROZ
Endereço.....: CONJ. WILSOJN RIBEIRO RUA F 262
Bairro.....: CALAFATE Cep.: 69900-000
Telefone.....: 99904-3986
Município.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

(B)

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2452178
Clínica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: 040.0152
Data da Internação: 12/05/2017
Hora da Internação: 18:00
Médico Solicitante: 959.557.804-59 - HERCULES MAGALHAES O. DO CARMO
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnóstico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: MARIZETE

CÓPIA

INFORMAÇÕES DE SAÍDA

Proc. Realizado:
Dt. Hr Saída:
Especialidade:
Tipo de Saída:
CID Principal:
CID Secundário:
Principal:
Secundário:
Outro: 121710037907-5



SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

151 B

05/07/2015 HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO 84674

NO BE: 2452178 DATA: 12/05/2017 HORA: 17:13 USUARIO: SHEYLA
CRM: 888002921360421 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ
 IDADE: 48 ANOS NASC: 14/08/1968
 ENDERECO: CONJ. WILSON RIBEIRO RUA F
 COMPLEMENTO: BAIRRO: CALAFATE
 MUNICIPIO: RIO BRANCO
 NOME PAI/MAE: BRAZ SALES DE QUEIROZ
 RESPONSAVEL: ESPOSA-MARIA DAS GRACAS
 PROCEDENCIA: CALAFATE
 ATENDIMENTO: ACIDENTES DE MOTO
 CASO POLICIAL: NAO
 ACIR. TRABALHO: NAO
 PLANO DE SAUDE....: NAO
 VEIO DE AMBULANCIA: SIM
 DOC.: MASCULINO
 SEXO.: MASCULINO
 NUMERO: 262
 UF: AC CEP...: 69900-000
 /ANGELITA CONRADO DE QUEIROZ
 TEL...: 99904-3586
 TRAUMA: SIM

PAT 150x80 mmHg] PULSO [68] TEMP. [] PESO [] FC [] SPO2 [98]
EXAM. COMPL. [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TCO2 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

MANOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____/____

ANEXOS CLÍNICOS:
Frequente atingido da acidente de trânsito, ausente da
mão, com frequente lesão da corrente (E).
Sens (em imobilizado em MS) [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
[AUTOBRASIL]
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO:

Cópia

SAME / HUERB

10

HORARIO DA MEDICACAO

- 5. ~~Tierra Cox~~
- 6. ~~Desierto~~
- 7. ~~Desierto~~
- 8. ~~Desierto~~
- 9. ~~Desierto~~

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): IML ANAT. PAT
CRITICO: ATE 48HS APOS 48HS

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL 14-13-08 - Hélio Tito do SETI ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SAÚV B, prof. Dr. Celso de Queiroz de Mattos com endocrinologos do HCPM



Unidade:

Nome: Bezo / el convocado da. IDADE: 48. REGISTRO:

ENFERMARIA:

LEITO 15

DATA:

DATA

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

12-05-14 # Fixix do cotovelo
 + fixado 3º40 pa ped.
 ex do 5º pd ped #

Exame com sopro
 ev qd ex (s/n).
 Sustentação de braço ex/8400.

comprovação
 curativo duro
 controle sonolitico

01.05 - Exame
 aberto exame
 algodão algodão
 bem durável
 período 1 A =
 430x70 mm Hg
 16 - Vávia curva
 431603

SAME / HUERB
 CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

CÓPIA





REGISTRO
PACIENTE

BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

IDADE: 48
CLÍNICA: CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B
LEITO: 151

HUERB
Hospitais
Estaduais

Evolução

Prescrição

Horário

Anotações de Enfermagem

01/12/05/2017
DT: 12/05/2017
FMLX COTOVELO ESQUERDO
FRATURA DO 3 E 4 MTR DE PÉ
DIREITO

1. DIETA VD LIVRE Sx00
2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H
3. DIPRIVONA 1 GRAMA EV DILUIDO 800ML
4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H Sx00
5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 8/8 2,5ML
6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA
OU
OMEPRAZOL 20MG VD (SE NÃO TIVER EV)

7. CUIDADOS GERAIS



CÓPIA

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

500 + 500
10 10 2x 04
06

10:00 hs Paciente lata,
supine, não sufere
queixas no momento.
Portando Dr. P, nenh
sobre curativo, medido
com: tec. Sebastião Coen
375.46

16:00 hs Paciente não sufere
queixas no momento, aju
dado adesivo óptico, ffr.
medicado com: PA 110/80
mmHg; tec. Sebastião Coen
375.46

14 15 19 01 7
14.500ml diluido 800ml
dose 100mg diluido 100ml
medicado com: PA 110/80
mmHg; tec. Sebastião Coen
375.46

Philippe Huerb
Hospitais
Estaduais
do Acre



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

REGISTRO

PACIENTE

BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

PREScrição

EVOLUÇÃO

DT: 12/05/2017

DT: 12/05/2017

FX/IX COTOVELO ESQUERDO
FRATURA DO 3 E 4 MIT DE PÉ
DIREITO

TROCA DA TALA GESSADA DIA
14/05/2017

1. DIETA VÔ LIVRE —
2. SF 0,9% 500ML N 12/12H —
3. DIPRORNA 1 GRAMA EV DILUIDO 60ML —
4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF 0,9% EV BIDH SIN

5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO BID SIN —
6. OMERAZOL 40MG EV IXDIA OU
OMERAZOL 20MG VÔ

8. GEFALOTINA 1 GRAMA EV 06 HRS —

IDADE: 48
CLÍNICA: CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B
LEITO: 151

HORÁRIO

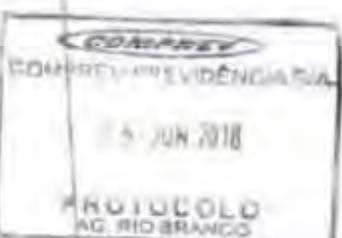
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HUERB
Hospitais Universitários
Educação e Pesquisa

CÓPIA
SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Felipe Henrique de M. Dutra
PAM (Ortopedia e Traumatologia)

14/05/2017





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HUERB
—

REGISTRO PACIENTE

BEZALIEL CONRADO DE UZEIROUZ

EVOLUÇÃO
PRESCRIÇÃO

CLINICA
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B
48 IDADE

151

■
HUERB
■
■



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

BEGISTRO PACIENTE

BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

REGISTRO		PACIENTE		IDADE		LEITO		HUERB	
		BEZALEL CONRADO DE QUEIROZ		48		CLINICA		HUERB Interno de Enfermagem	
EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM			
DT:12/05/2017 DT:12/05/2017		1. DIETA VO LIVRE 3000 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H - 500 + 500 3. DIPRORINA 1 GRAMA EV DILUBO 60H - 10.46.20.4 4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF 0,9% EV MH 500 5. PLASIL 10 MG EV DILUBO 8H ? 6h 6. OMEPRAZOL 40MG EV IX/DIA — 4 OU OMEPPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV) 7. CUIDADOS GERAIS 10/05/2017 (AGUARDA ESPECIALISTA)		14/05/2017		<p>Pete, lofe em pr. Duplicado Acompanhado no tipo Nigietra, boa, sente bem de cuaque em 1526 frio mcpm, tira fmdo já, mds</p> <p>Pete informa que segue este tratamento no CPR. Deve ser dno</p> <p>Abos:00 paciente em uma expansão, oferem sem queixas, medo cabelo CPM. Té. S. S. S.</p>			
CÓPIA		CÓPIA		CÓPIA		CÓPIA		CÓPIA	
SAME / HUERB		CONFORME ORIGINAL							
<p><i>felipe Henrique de M. Dutra</i> RM: 0106 Data: 12/05/2017</p>									



GOVERNO DO ESTADO DO ACRÉS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

REGISTRO PACIENTE

BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

48

CLINICA
CMCB -

151

100

PHOTOGRAPH BY ROBERT M. COOPER



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

REGISTRO PACIENTE

BEZALIEL CONRAD DE GUEIKOUE

PRESCRIÇÃO

CLÍNICA

151

HUE.RB
二



REGISTRO PACIENTE

BEZALEL CONRADO DE QUEIROZ

**CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B
CLINICA
48**

151

1



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE

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

REGISTRO

REGISTRO PACIENTE

BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ



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

REGISTRO PACIENTE

180

BEZALIEL CONRAD 55

PRESCRIÇÃO

IDADE
CLINICA
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

151

HUECKE

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



REGISTRO
PACIENTE

BEZALIEL CONRAD DE QUEIROZ

IDADE: 48
CLÍNICA: CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO
HUERB

CLÍNICA: CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HORÁRIO

PREScriÇÃO

EVOLUÇÃO

DT:12/05/2017
DT:12/05/2017

FX/LX. COTOVELO ESQUERDOD
FRACTURA DO 3 E 4 MÍT DE PÉ
DIREITO

1. DIETA VÔLVER ~~1000~~ - 500 + 500
2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H
3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUIDO 666ML - 100ML 20:40

4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF 0,9% EV 880ML

5. PILASIL 10 MG EV DILUIDO 880ML

6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/00A - 4

OU
OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV)

7. CEFALOTINA 1 GRAM EV 65 HRS - 1000ML

8. CURATIVO 1X ADU. - 1000ML

9. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PADS>110mmHg

10. G

TROCA DA TALA DESSADA DIA
14/05/2017

SOLICITADO

TOMOGRAFIA DE PT

DIREITO.

AGUARDA

AGENDAMENTO

ESPECIALISTA (20/05/2017)

NOVOS

SOLICITADO

LABORATORIAIS (20/05/2017)

NOVOS

AVALIADO

PELO

ESPECIALISTA

(22/05/2017) (HUERB/HFD)

1. DIETA VÔLVER ~~1000~~ - 500 + 500
2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H
3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUIDO 666ML - 100ML 20:40

4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF 0,9% EV 880ML

5. PILASIL 10 MG EV DILUIDO 880ML

6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/00A - 4

OU
OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV)

7. CEFALOTINA 1 GRAM EV 65 HRS - 1000ML

8. CURATIVO 1X ADU. - 1000ML

9. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PADS>110mmHg

10. G

11. CUIDADOS GERAIS

12. CORTATIVO 1X ADU. - 1000ML

13. G

14. G

15. G

16. G

17. G

18. G

19. G

20. G

21. G

22. G

23. G

24. G

25. G

26. G

27. G

28. G

29. G

30. G

31. G

32. G

33. G

34. G

35. G

36. G

37. G

38. G

39. G

40. G

41. G

42. G

43. G

44. G

45. G

46. G

47. G

48. G

49. G

50. G

51. G

52. G

53. G

54. G

55. G

56. G

57. G

58. G

59. G

60. G

61. G

62. G

63. G

64. G

65. G

66. G

67. G

68. G

69. G

70. G

71. G

72. G

73. G

74. G

75. G

76. G

77. G

78. G

79. G

80. G

81. G

82. G

83. G

84. G

85. G

86. G

87. G

88. G

89. G

90. G

91. G

92. G

93. G

94. G

95. G

96. G

97. G

98. G

99. G

100. G

101. G

102. G

103. G

104. G

105. G

106. G

107. G

108. G

109. G

110. G

111. G

112. G

113. G

114. G

115. G

116. G

117. G

118. G

119. G

120. G

121. G

122. G

123. G

124. G

125. G

126. G

127. G

128. G

129. G

130. G

131. G

132. G

133. G

134. G

135. G

136. G

137. G

138. G

139. G

140. G

141. G

142. G

143. G

144. G

145. G

146. G

147. G

148. G

149. G

150. G

151. G

152. G

153. G

154. G

155. G

156. G

157. G

158. G

159. G

160. G

161. G

162. G

163. G

164. G

165. G

166. G

167. G

168. G

169. G

170. G

171. G

172. G

173. G

174. G

175. G

176. G

177. G

178. G

179. G

180. G

181. G

182. G

183. G

184. G

185. G

186. G

187. G

188. G

189. G

190. G

191. G

192. G

193. G

194. G

195. G

196. G

197. G

198. G

199. G

200. G

201. G

202. G

203. G

204. G

205. G

206. G

207. G

208. G

209. G

210. G

211. G

212. G

213. G

214. G

215. G

216. G

217. G

218. G

219. G

220. G

221. G

222. G

223. G

224. G

225. G

226. G

227. G

228. G

229. G



REGISTRO PACIENTE
BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

IDADE
48

CLÍNICA
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LETO
151

HUERB
Instituto de
Investigação
e Pesquisa

EVOLUÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI: 12/05/2017

DT: 19/05/2017

FXIX COTOVÉLO ESQUERDO

FRACTURA DO 3 E 4 MTT DE PÉ

DIREITO

TRÓCA DA TALA GESSADA DIA

14/05/2017

SOLICITADO TOMOGRAFIA DE PT

DIREITO

AGUARDADA AGENDAMENTO

ESPECIALISTA(20/05/2017)

SOLICITADO NOVOS

LABORATÓRIOS(20/05/2017)

AVALIAÇÃO PELO ESPECIALISTA

(22/05/2017)(PROTÓTICO)(PTD)

AGUARDADA LAUDOS PARA SER

EMO AVALIAÇÃO AO TFD(24/05/2017)

EVOLUÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

1. DIETA VD LIVRE *IND* - 500 + 500

2. SF 0,9% 500ML IV 12H/12H - 10.36.30.4

3. DIPIRONA 1 GRAMA EV DILUIDO 60ML -

4. TRAMAL 100 MG + 100ML SF 0,9% EV BAN^{SN}

5. PLASIL 10 MG EV DILUIDO 60^{SN} - 4

6. OMEPRAZOL 40MG EV IDVIA - 4

7. CUIDADOS GERAIS

8. DEFALOTINA 1 GRAMA EV 60 HRS -

9. CURATIVO 1X AO DIA. - 8

10. CAPTOPRIL 25MG VD SE PAS-160 OU PADO-100mg

11. OMEPRAZOL 20MG VD (SE NÃO TIVER EV)

12. 30ML RIBESIBA DO HABER

13. 500ML LÍQUIDO + TUBO DE

14. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

15. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

16. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

17. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

18. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

19. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

20. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

21. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

22. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

23. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

24. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

25. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

26. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

27. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

28. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

29. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

30. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

31. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

32. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

33. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

34. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

35. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

36. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

37. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

38. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

39. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

40. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

41. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

42. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

43. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

44. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

45. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

46. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

47. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

48. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

49. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

50. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

51. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

52. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

53. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

54. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

55. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

56. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

57. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

58. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

59. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

60. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

61. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

62. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

63. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

64. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

65. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

66. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

67. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

68. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

69. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

70. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

71. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

72. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

73. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

74. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

75. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

76. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

77. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

78. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

79. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

80. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

81. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

82. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

83. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

84. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

85. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

86. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

87. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

88. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

89. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

90. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

91. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

92. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

93. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

94. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

95. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

96. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

97. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

98. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

99. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

100. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

101. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

102. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

103. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

104. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

105. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

106. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

107. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

108. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

109. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

110. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

111. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

112. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

113. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

114. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

115. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

116. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

117. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

118. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

119. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

120. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

121. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

122. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

123. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

124. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

125. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

126. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

127. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

128. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

129. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

130. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

131. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

132. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

133. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

134. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

135. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

136. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

137. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

138. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

139. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

140. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

141. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

142. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

143. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

144. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

145. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

146. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

147. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

148. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

149. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

150. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

151. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

152. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

153. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

154. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

155. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

156. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

157. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

158. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

159. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

160. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

161. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

162. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

163. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

164. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

165. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

166. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

167. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

168. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

169. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

170. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

171. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

172. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

173. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

174. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

175. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

176. 100ML 0,9% SÁMIA. MEDÍCADO

18 ans

16 - 9:35

CÓPIA



SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

ROVER ITAL
Cardiología
CRM 690



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: _____

História da Doença Atual:	COMPRES COMPRES - EVIDÊNCIA SA	11/11/2018
---------------------------	--	------------

História da Doença Anterior: **PROTOCOLO**
AC. RIO BRANCO

Exame Físico: ORIGINAL

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo: fx Lx de colo de 6º +
fx de 3º e 4º pâp. fixado 5º pâp. (D) Dr. Aluizio Junes
P.R.M. Ortopedia e Traumatologia
CRMAC 2061

Mativo da Cobrança: _____

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

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

Nome: BEZALIEL CONRRADO DE QUEIROZ

Idade: 48 A

Exame: TC DE COTOVELO ESQUERDO

Atendimento: 30147

Data: 13/05/2017

TÉCNICA:

Realizada aquisição axial volumétrica, com posteriores reconstruções multiplanares.

RELATÓRIO:

Exame realizado sob tala gessada.

Fratura transversal completa e intra-articular na região dorsal da cabeça do rádio, com fragmento ósseo deslocado anterior e distalmente, junto ao colo do rádio, medindo cerca de 2,2 cm.

Fratura / avulsão do processo coronoide da ulna, com fragmento ósseo de 2,1 cm deslocado superiormente em cerca de 1,3 cm.

Pequena impactação cortical no rebordo posterior do capítulo umeral.

O conjunto dos achados acima descrito é sugestivo de episódio de luxação posterior reduzida do cotovelo.

Sinais de acentuado derrame articular no cotovelo.

Borramento difuso de partes moles do cotovelo, mais significativa na região posterior.

Demais estruturas ósseas preservadas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura transversal completa e intra-articular na região dorsal da cabeça do rádio.

Fratura / avulsão do processo coronoide da ulna.

Pequena impactação cortical no rebordo posterior do capítulo umeral.

O conjunto dos achados acima descrito é sugestivo de episódio de luxação posterior reduzida do cotovelo.

Sinais de acentuado derrame articular no cotovelo.

CÓPIA**DR. MARCOS PARENTE**

MÉDICO RADIOLÓGISTA

CRM-AC 1482 RQE-AC 572

MEMBRO TITULAR DO COLEGIO BRASILEIRO DE RADIOLÓGIA

Nome: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Idade: 45 A

Exame: TC DE PÉ DIREITO

Endereço: 30353

Data: 18/05/2017

TÉCNICA:

Realizada aquisição axial volumétrica, com posteriores reconstruções multiplanares.

RELATÓRIO:

Fratura transversal completa no colo do 3º e 4º metatarsos, com desvio plantar do segmento distal e com diástase cortical de até 0,4 cm.

Presença de barra fibrocartilaginosa na região plantar do cuneiforme lateral e base do 3º metatarso, com leve esclerose nas superfícies apóstas.

Ossificação de 0,8 cm adjacente à região dorsal da navicular-cuneiforme medial, de aspecto crônico.

Diminuto esporão calcaneano dorsal.

Proeminência do processo posterossuperior do calcâneo.

Demais estruturas ósseas integras.

Espaços articulares preservados.

Ausência de derrame articular significativo.

Planos musculares e tendíneos sem anormalidades evidentes, salientando-se a limitação do método na avaliação destas estruturas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura transversal completa no colo do 3º e 4º metatarsos, com desvio plantar do segmento distal.

Presença de barra fibrocartilaginosa na região plantar do cuneiforme lateral e base do 3º metatarso.

Ossificação adjacente à região dorsal da navicular-cuneiforme medial, de aspecto crônico.

Diminuto esporão calcaneano dorsal.

Proeminência do processo posterossuperior do calcâneo.

CÓPIA

DR. MARCOS PARENTE

MÉDICO RADIOLISTA

CRM-AC 1482 RQE-AC 572

MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLÓGIA



RECEITUÁRIO

PACIENTE: BRUNO

ATENCIÓ PAVO ORNAMENTAL FRANCESC S.
BENNEZEL CONDOR DE CERVERA. PAVO
ORNAMENTAL DEL TRÍUMFO. NADIA 12/05/17
APRESENTANT FANTOMA ECOLI 3^o Y METASTASIS
FILTRACIÓN METASTÁTICA. FALANGIFORMIS 50 DED. PT ①
I FORTÍSSIMA LÍNEA AL CONTROLE ② PAVO
ORNAMENTAL DE LA DEDICACIÓ MARE DE MARÍA. 12/05/17
LÍNEA ESTERIL ③ I PT ④

Excluir com Ernests Régida e Lautaoni
from a file to determine consistency, hypothesis on
either (1) a reduction of force measured in M.S. G.
in p. (2) apparent unloading force in each
(3) p. (4) unloading of the load on p. (5) a reduction
of force measured on p. (6) p. (7)
Non tanto é posterior de pequeno desvio para

DATA 6/1/68

29/06/18 C10: T93-2 / T92-2
ASSINATURA DO MÉDICO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE – CNPJ: 04.039.178.0001-07
RUA ALVORADA, Nº 54 BOSQUE – RIO BRANCO – ACRE
CEP: 69.909-380 – FONE: 3223-4608

2
CO
152
Sílvio C
Admico Ortopedista
81 30483-483 - AC



INSCRIÇÃO S/A

RECEITUÁRIO

28 JUN 2010

PACIENTE:

Carvalho

Pronto-Sala

Desenvolviu contusão de joelhos, sofreu acidente de trânsito no dia 12/5/17 com fractura 3º e 4º metatarsos + fratura metatarsos tarsos, 5º deles PCC + Fract. 100. cotovelo (R) tendinitis a reduplicação crônica e instabilidade do cotovelo (L) e PT (R).

Excluiu com grande segurança e constatação que a fratura no tendão cotovelo (L), hipotensão arterial (R), redução da força muscular no m. s. e no pé (R). Apresenta limitação funcional nos dedos e pt, aumento do volume dos dedos do pé e redução de força muscular do pé (R). Tanto é portador de hérnia de hiato no mso e pcc e entorax alta mediana.

DATA 21/06/19

ASSINATURA DO MÉDICO

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

PEDIDO DE REANÁLISE E REALIZAÇÃO DE PERICIA MÉDICA

À

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Processo N°: 3130402452

Vitima: Bernadil Corrêa de Souza

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 da indenização ter sido paga apenas o valor de 2700,00 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 médica anexa, em que consta toda evolução e acompanhamento médico submetido.

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

(68) 8938758 23 1681 993855142.

Bernadil Corrêa de Souza

Rio Branco/AC 05 de Dezembro de 2015.



RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: 14000

Atesto que o Dr. BEZERRA CONNAD DE QUEIRAS
sofreu acidente de trânsito no dia 12/05/17
apresentando FRACTURA de coto 3º e 4º metá-
taro, luxação rotatária falange 5º
dedo do pé (1) e FRACTURA horária do
cotovelo (2) sendo submetido a Redução
imediata e imobilização no cotovelo (2) e
pé (1).
Evo que com grande dificuldade na
flexão extensão do cotovelo (2) (Estâncio a 45),
luxação rotatária do braço e redução da força muscular
no M. C. - NO pé (1) apreende limitação
funcional nos interfalangianos de cada um pé,
aumento de volume dos dedos do pé e redução
da força muscular do pé (1)
Dor tanta e postura do lesão definida
no MSE em 75% e no pé (1) 50%.

DATA:
28/05/17

de alta médica.

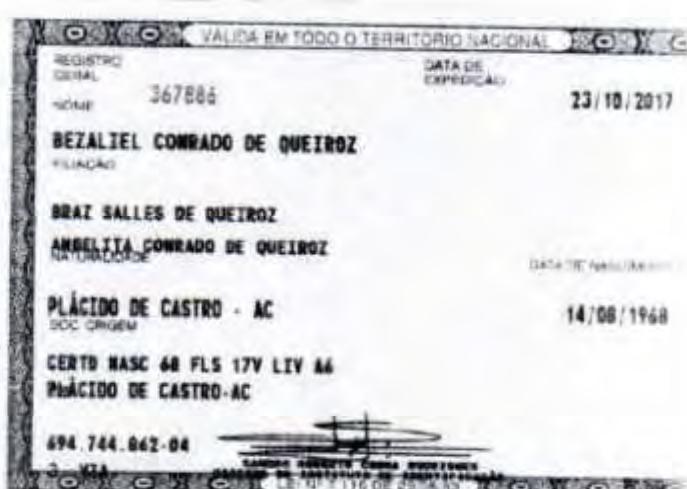
ASSINATURA DO PROFISSIONAL

Dr. Antônio C. M. Bezerra
Médico Ortopedista
RIO BRANCO - AC

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE - CNPJ: 04.039.178/0001-05

RUA ALVORADA, Nº 54 BOSQUE - RIO BRANCO - ACRE

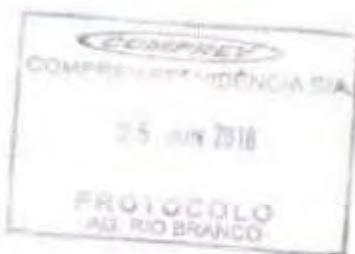
CEP: 69.900-664 - FONE: 3223-4608



CÓPIA



CÓPIA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-AC N° 013385434989
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

01 01117594928 2017

NAME
BEZÁLIEL CONRADO DE QUEIROZ
Nro. Lacre: AC0000587354

DESCRIÇÃO PLACA
204-754-862-04 JK53913

PLAQUEADO/UF CHASSIS
PE2KC2210HR022993

TIPO DE TETO COMBUSTÍVEL
PAB/MEITOCICLO/NAO APLICA ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MFG.
HONDA/CB 160 TITAN EX 2017 2017

PLACA/PO. CL. CATEGORIA COR PRINCIPAL/SECUNDÁRIA
2P/01620C/ PARTICU VERMELHA

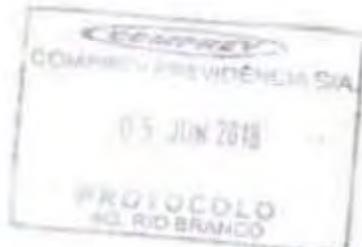
1	1º PAGO COTA UNICA	2º PAGO COTA UNICA	3º PAGO COTA UNICA
P	PAULISTA	PARC. LAMENTOU/COTAS	PAULISTA
V	PAOLO COLO	PAOLO COLO	PAOLO COLO
A	PAOLO COLO	PAOLO COLO	PAOLO COLO

PRÉMIO TARIIFÁRIO (R\$) — OP (R\$) — PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
R\$0,47 R\$125,05 11/05/2017

SEN RESERVA DE DOMÍNIO E BEN. TRIBUTÁRIO

POLO: DATA: 16/05/2017
RIO BRANCO-AC-0000587354

CÓPIA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218499/19

Vítima: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

CPF: 694.744.862-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/05/2017

Titular do CPF: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

KEILA DA SILVA ARAUJO : 906.421.472-72

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

BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ : 694.744.862-04

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: 28/06/2019
Nome: KEILA DA SILVA ARAUJO
CPF: 906.421.472-72

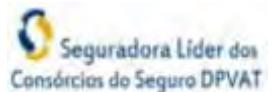
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

KEILA DA SILVA ARAUJO

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218499/19

Número do Sinistro: 3190402452

Vítima: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

CPF: 694.744.862-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/05/2017

BEZALIEL CONRADO DE
QUEIROZ

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

KEILA DA SILVA ARAUJO : 906.421.472-72

Comprovante de residência

BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ : 694.744.862-04

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: 10/07/2019
Nome: KEILA DA SILVA ARAUJO
CPF: 906.421.472-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2019
Nome: GLEICIANE DA SILVA ALENCAR
CPF: 014.187.102-45

KEILA DA SILVA ARAUJO

GLEICIANE DA SILVA ALENCAR

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome Penélope Corrêa de Oliveira
Nacionalidade: Brasileira, Est.Civil SOLTEIRO
Profissão Desenvolvedora
Identidade 3673686 CPF: 694 749 362 - 04
Endereço R. São Bento, 326, São Bento, Rio Branco - AC

OUTORGADA:

Nome: **KEILA DA SILVA ARAUJO**
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA.
Profissão: EMPRESARIA
Identidade: 951675 SSP/RO CPF: 906421472-72
Endereço: Av: NAÇÕES UNIDAS 242 Bairro: BOSQUE
RIO BRANCO-AC CEP-69900463

CÓPIA

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

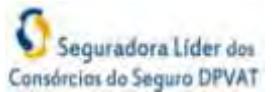
RIO BRANCO/AC 24 de Maio 2018



OUTORGANTE Penélope Corrêa de Oliveira
(Reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218499/19

Número do Sinistro: 3190402452

Vítima: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

CPF: 694.744.862-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/05/2017

Titular do CPF: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

KEILA DA SILVA ARAUJO : 906.421.472-72

Comprovante de residência

BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ : 694.744.862-04

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: 10/07/2019
Nome: KEILA DA SILVA ARAUJO
CPF: 906.421.472-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2019
Nome: GLEICIANE DA SILVA ALENCAR
CPF: 014.187.102-45

KEILA DA SILVA ARAUJO

GLEICIANE DA SILVA ALENCAR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218499/19

Número do Sinistro: 3190402452

Vítima: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

CPF: 694.744.862-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/05/2017

Titular do CPF: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 12/12/2019
Nome: BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ
CPF: 694.744.862-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

BEZALIEL CONRADO DE QUEIROZ

Thayane Pinheiro Fernandes Felix